

**ANALISIS HUBUNGAN FAKTOR RISIKO BUNUH DIRI DENGAN
IDE BUNUHDIRI PADA REMAJA DIKOTA RENGAT
KABUPATEN INDRAGIRI HULU TAHUN 2016**

TESIS

OLEH:

**NUR AULIA
BP. 1421312025**

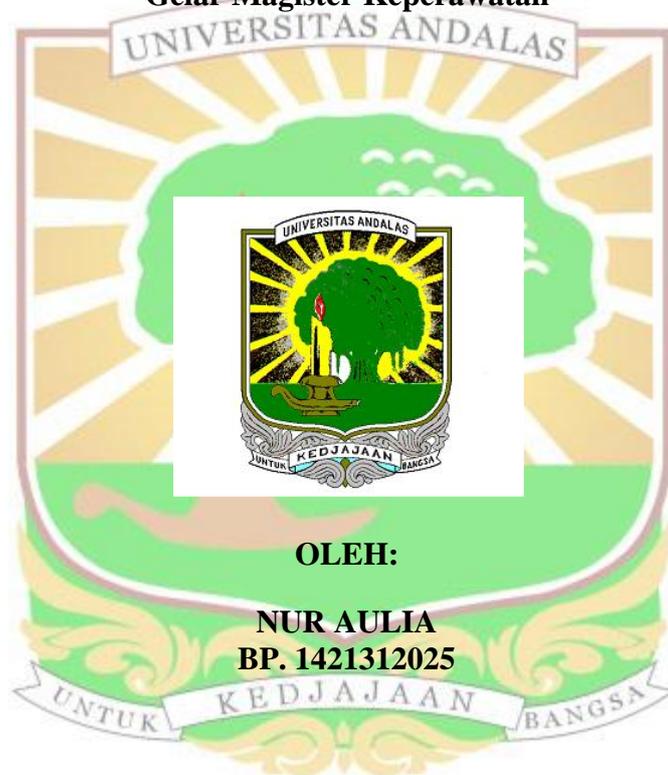


**PROGRAM STUDI S2 KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN JIWA
FAKULTAS KEPERAWATAN-UNIVERSITAS ANDALAS
PADANG 2016**

TESIS

**ANALISIS HUBUNGAN FAKTOR RISIKO BUNUH DIRI DENGAN
IDE BUNUHDIRI PADA REMAJA DIKOTA RENGAT
KABUPATEN INDRAGIRI HULU TAHUN 2016**

**Tesis ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat untuk Memperoleh
Gelar Magister Keperawatan**



OLEH:

**NUR AULIA
BP. 1421312025**

**PROGRAM STUDI S2 KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN JIWA
FAKULTAS KEPERAWATAN-UNIVERSITAS ANDALAS
PADANG 2016**



**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Saya mahasiswa S2 Keperawatan Universitas Andalas yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Lengkap : Nur Aulia
No. BP : 1421312025
Program Studi : S2 Keperawatan
Fakultas : Keperawatan
Jenis Tugas Akhir : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Andalas hak atas publikasi *online* tugas akhir saya yang berjudul:

“Analisis Hubungan Faktor Risiko Bunuh Diri dengan Ide Bunuh Diri pada Remaja di Kota Rengat Tahun 2016”

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Universitas Andalas juga berhak untuk menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola, merawat dan mempublikasi karya saya tersebut diatas, selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik hak cipta. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di Padang,
Pada tanggal 26 Juli 2016
Yang menyatakan,



Nur Aulia

PERSETUJUAN PEMBIMBING

Nama Mahasiswa : Ns. Nur Aulia, S.Kep
No. BP : 1421312025
Judul Tesis : Analisis Hubungan Faktor Risiko Bunuh Diri dengan Ide
Bunuh Diri pada Remaja di Kota Rengat Tahun 2016

Tesis ini telah diperiksa, disetujui, dan telah dipertahankan dihadapan Tim
Penguji Program Studi S2 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas
Andalas.

Padang, 25 Juli 2016

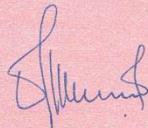
Menyetujui,

Pembimbing I



(Dr. Yulastri Arif, M. Kep)

Pembimbing II



(Ns. Heppi Sasmita, M.Kep, Sp.Kep.J)

**PANITIA SIDANG TESIS
PROGRAM STUDI S2 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS ANDALAS**

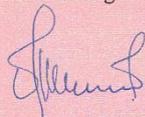
Padang, 25 Juli 2016

Pembimbing I



(Dr. Yulastri Arif, M. Kep)

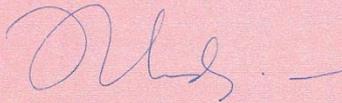
Pembimbing II



(Ns. Heppi Sasmita, M.Kep, Sp. Kep. J)

ANGGOTA

Penguji I



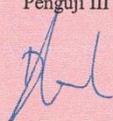
(Prof. Dr. Almahdy, Apt)

Penguji II



(Ns. Sila Dewi A, S.Pd, M.Kep, Sp. KMB)

Penguji III



(Ns. Deswita, M.Kep, Sp. Kep, An)

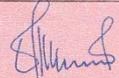
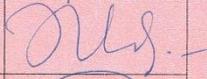
HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh:

Nama Mahasiswa : Ns. Nur Aulia, S.Kep
No. BP : 1421312025
Program Studi : S2 Keperawatan
Judul Tesis : Analisis Hubungan Faktor Risiko Bunuh Diri dengan Ide
Bunuh Diri pada Remaja di Kota Rengat Tahun 2016

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi S2 Keperawatan, Fakultas Keperawatan, Universitas Andalas

DEWAN PENGUJI

No.	Nama	Keterangan	Tanda Tangan
1.	Dr. Yulastri Arif, M.Kep	Ketua Dewan Penguji	
2.	Ns. Heppi Sasmita, M. Kep, Sp. Kep. J	Anggota Penguji	
3.	Prof. Dr. Almahdy, Apt	Anggota Penguji	
4.	Ns. Sila Dewi A, S. Pd, M.Kep, Sp. KMB	Anggota Penguji	
5.	Ns. Deswita, M.Kep, Sp. Kep. An	Anggota Penguji	

Ditetapkan di : Padang

Tanggal : 25 Juli 2016

LEMBAR PENGESAHAN

Judul Tesis : Analisis Hubungan Faktor Risiko Bunuh Diri dengan Ide
Bunuh Diri pada Remaja di Kota Rengat Tahun 2016
Nama Mahasiswa : Ns. Nur Aulia, S.Kep
No. BP : 1421312025

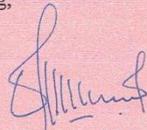
Tesis ini telah diuji dan dipertahankan didepan sidang panitia ujian akhir Magister Keperawatan pada Program Studi S2 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Andalas dan dinyatakan lulus pada tanggal 25 Juli 2016.

Menyetujui

Komisi Pembimbing,



(Dr. Yulastri Arif, M. Kep)



(Ns. Heppi Sasmita, M.Kep, Sp. Kep. J)

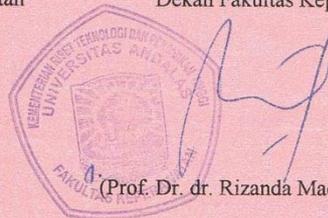
Mengetahui,

Ketua Program Studi S2 Keperawatan

Dekan Fakultas Keperawatan



(Dr. Yulastri Arif, M.Kep)



(Prof. Dr. dr. Rizanda Machmud, M.Kes)

**PROGRAM STUDI S2 KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN JIWA
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS ANDALAS**

**Tesis, Juni 2016
Nur Aulia**

Analisis Hubungan Faktor Risiko Bunuh Diri dengan Ide Bunuh Diri pada Remaja di Kota Rengat Tahun 2016

xv + 99 Hal+12 Tabel+ 6Lampiran+ 3 Skema

Abstrak

Terjadi peningkatan angka kejadian bunuh diri khususnya pada kelompok usia remaja. Data dari Komisi Nasional Perlindungan Anak di Indonesia dari kasus bunuh diri yang diterjadi dengan usia termuda adalah 13 tahun. Kejadian bunuh diri juga terjadi di Kota Rengat, dimana dari tahun sepanjang tahun 2015 terdapat kasus bunuh diri pada remaja dengan gantung diri dan percobaan bunuh diri dengan melompat dari ketinggian. Penelitian ini bertujuan mengetahui hubungan ide bunuh diri dengan faktor risiko bunuh diri pada remaja. Desain penelitian analitik korelasi, pendekatan *crosssection* di SMP dan SMA sederajat di Kota Rengat. Data dianalisis menggunakan *chi square* dan analisis regresi logistik untuk multivariat. Sampel 365 remaja dengan *propotional random sampling*. Hasil penelitian adalah sebagian besar remaja memiliki ide bunuh diri yang tinggi. Tidak ada hubungan karakteristik usia dengan ide bunuh diri, dan tidak ada hubungan karakteristik jenis kelamin dengan ide bunuh diri. Ada hubungan faktor psikologis dan faktor biologis dengan ide bunuh diri. Tidak ada hubungan antara faktor keluarga, faktor lingkungan sosial, faktor riwayat bunuh diri dan faktor orientasi seksual dengan ide bunuh diri. Faktor psikologis merupakan faktor yang paling dominan terhadap ide bunuh diri. Saran bagi sekolah untuk mengaktifkan kegiatan UKSJ sehingga dapat lebih dini dalam mengidentifikasi adanya keinginan bunuh diri pada remaja.

Kata Kunci : Ide Bunuh Diri, Faktor Risiko Bunuh Diri, Remaja

Daftar Pustaka : 2001-2016

S2 NURSING PROGRAM STUDY
Nursing Psychiatric
FACULTY OF NURSING ANDALAS UNIVERSITY

Thesis, June 2016
Nur Aulia

Analysis of Risk Factors for Suicide relationship with the idea of Suicide in Adolescents in the City Rengat 2016

xv + 99 + 12 + 6 Appendix Table + 3 scheme

Abstract

There is an increased incidence of suicide in this age group. Data from the National Commission for Child Protection in Indonesia of suicides that occurred with the youngest is 13 years old. At Rengat in 2015 there were cases of teen suicide by hanging himself and attempted suicide by jumping from a height. This can occur due to various risk factors for teen suicide include psychological factors, family factors, social environmental factors, biological factors, factors history of suicide and sexual orientation factor. This study aims to determine the relationship of suicide ideation with risk factors for suicide in adolescents. Analytical correlation research design, cross section approach. Data were analyzed using chi square and logistic regression for multivariate analysis. Sample 365 adolescents with proportional random sampling. The result showed that most teens have high of the idea of suicide. There is a relationship of psychological factors and biological factors with the idea of suicide. There is no relationship between family factors, social environmental factors, factors history of suicide and sexual orientation factors with the idea of suicide. The psychological factor is the most dominant factor on the idea of suicide. Suggestions for schools to improve the counseling so earlier in identifying the presence of the idea of suicide by adolescents.

Keywords: Idea Suicide, Suicide Risk Factors, Youth

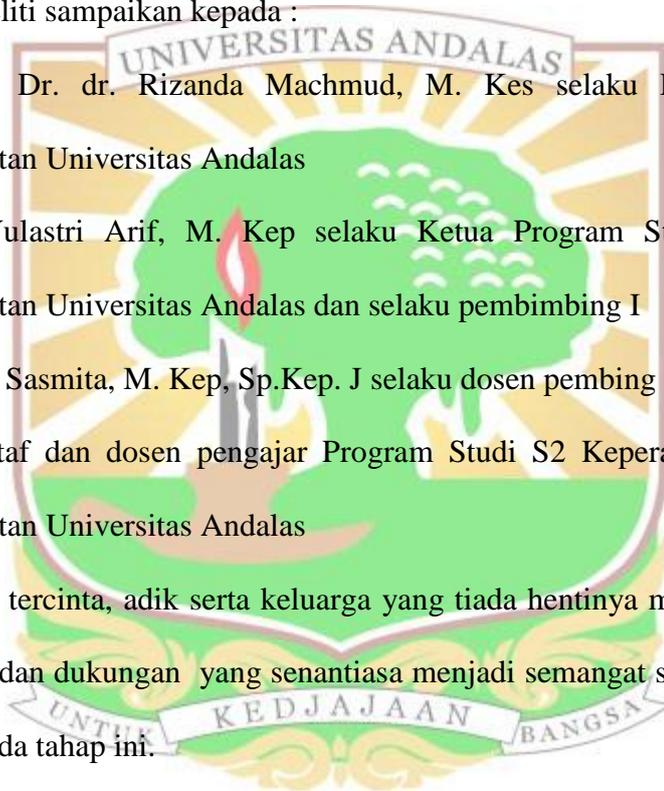
Bibliography: 2001-2016

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur diucapkan kehadirat Allah SWT, atas berkat rahmat dan keridhoan-Nya peneliti dapat menyelesaikan penyusunan tesis ini dengan judul “Analisis Hubungan Faktor Risiko Bunuh Diri dengan Ide Bunuh Diri pada Remaja di kota Rengat”.

Banyak bantuan yang penulis terima dalam melakukan penyusunan tesis ini, baik bantuan moril maupun materil. Untuk itu ucapan terimakasih yang tak terhingga peneliti sampaikan kepada :

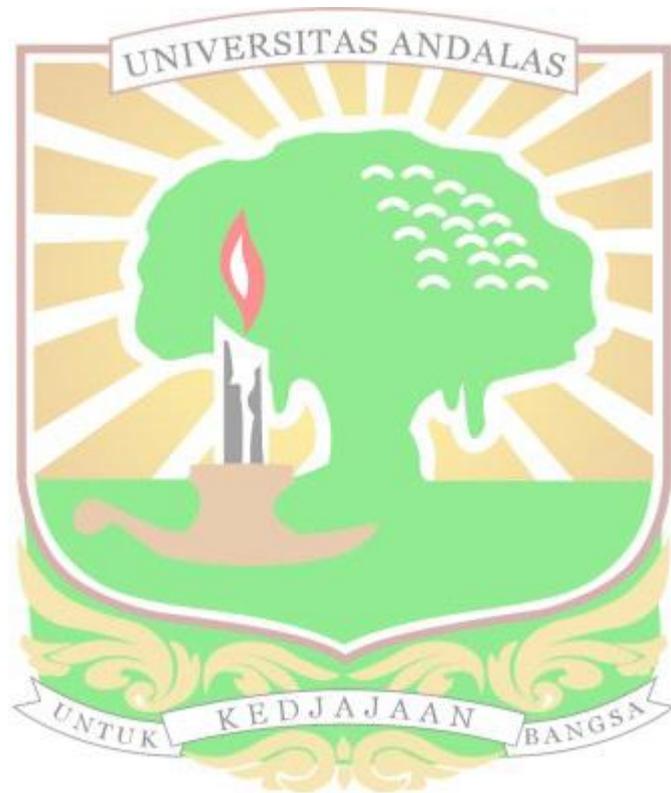
1. Ibu Prof. Dr. dr. Rizanda Machmud, M. Kes selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Andalas
2. Ibu. Dr.Yulastri Arif, M. Kep selaku Ketua Program Studi S2 Fakultas Keperawatan Universitas Andalas dan selaku pembimbing I
3. Ibu Heppi Sasmita, M. Kep, Sp.Kep. J selaku dosen pembimbing II
4. Seluruh staf dan dosen pengajar Program Studi S2 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Andalas
5. Orang tua tercinta, adik serta keluarga yang tiada hentinya memberikan doa, semangat dan dukungan yang senantiasa menjadi semangat sehingga peneliti sampai pada tahap ini.
6. Rekan-rekan mahasiswa Program Studi S2 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Andalas angkatan 2014 yang selalu memberi bantuan dan semangat kepada peneliti.
7. Semua pihak yang terlibat dalam penyusunan tesis ini yang tidak dapat peneliti sebutkan satu per satu.



Peneliti menyadari bahwa tesis ini belum sempurna dan masih banyak kekurangan, untuk itu peneliti mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk tercapainya kesempurnaan pada tesis ini

Padang, Juli 2016

Peneliti



DAFTAR ISI

	Hal
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI.....	v
DAFTAR TABEL.....	vii
DAFTAR SKEMA.....	viii
DAFTAR LAMPIRAN.....	ix
I. PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	10
C. Tujuan Penelitian.....	10
1. Tujuan Umum.....	10
2. Tujuan Khusus.....	10
D. Manfaat Penelitian.....	11
1. Manfaat Aplikatif.....	11
2. Manfaat Keilmuan.....	12
3. Manfaat Metodologi.....	12
II. TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Dasar Remaja	13
1. Definisi Remaja.....	13
2. Perkembangan Fisik.....	13
3. Perkembangan Kognitif.....	14
4. Perkembangan Psikososial.....	16
5. Kesehatan Jiwa Remaja.....	18
B. Konsep Dasar Bunuh Diri.....	20
1. Definisi Bunuh Diri.....	20
2. Tanda – Tanda Bunuh Diri.....	25
3. Metode Bunuh Diri.....	26
C. Faktor Risiko Bunuh Diri Remaja.....	27
1. Faktor Psikologis.....	27
2. Faktor Keluarga.....	30
3. Faktor Lingkungan.....	31
4. Faktor Biologi.....	33
5. Faktor Perilaku Bunuh Diri Sebelumnya.....	33
6. Faktor Orientasi Seksual.....	34
D. Ide Bunuh Diri.....	35
E. Kerangka Teori Penelitian.....	39

III. KERANGKAKONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL	
A. Kerangka Konsep.....	41
B. Hipotesis.....	42
C. Definisi Operasional.....	43
VI. METODE PENELITIAN	
A. Desain Penelitian.....	47
B. Populasi dan Sampel.....	47
C. Tempat dan Waktu Penelitian.....	49
D. Etika Penelitian.....	49
E. Alat Pengumpulan Data.....	54
F. Uji Instrumen.....	56
G. Prosedur Pengumpulan Data.....	59
H. Pengolahan Data dan Analisa Data.....	60
V HASIL PENELITIAN	
A. Karakteristik Remaja di kota Renga.....	64
B. Gambaran Ide Bunuh Diri pada Remaja di Rengat.....	64
C. Gambaran Faktor Risiko Bunuh Diri pada Remaja di Rengat.....	65
D. Hubungan karakteristik dengan Ide Bunuh Diri Pda Remaja di Rengat.....	67
E. Hubungan Faktor Psikologis dengan Ide Bunuh Diri pada Remaja di Rengat.....	68
F. Hubungan Faktor Keluarga dengan Ide Bunuh Diri pada Remaja di Rengat.....	69
G. Hubungan Faktor Lingkungan dengan Ide Bunuh Diri pada Remaja di Rengat.....	70
H. Hubungan Faktor Biologis dengan Ide Bunuh Diri pada Remaja di Rengat.....	70
I. Hubungan Faktor Riwayat Bunuh Diri dengan Ide Bunuh Diri pada Remaja di Rengat.....	71
J. Hubungan Faktor Orientasi Seksual dengan Ide Bunuh Diri pada Remaja di Rengat.....	72
K. Hubungan Faktor yang paling Dominan dengan Ide Bunuh Diri pada Remaja di Rengat.....	72
VI PEMBAHASAN	
A. Analisa Pembahasan.....	75
B. Implikasi Penelitian.....	96
C. Keterbatasan Peneliti.....	96
VII KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan.....	98
B. Saran.....	99

**DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN**

DAFTAR TABEL

		Hal
Tabel 3.1	Definisi Operasional Variabel Independen dan Variabel Dependen.....	42
Tabel 3.2	Definisi Operasional Variabel Karakteristik.....	45
Tabel 4.1	Sampel Penelitian.....	48
Tabel 4.2	Analisis Bivariat Variabel Independen dan Variabel Dependen.....	60
Tabel 5.1	Distribusi Karakteristik Remaja di Rengat Tahun 2016...	64
Tabel 5.2	Distribusi Frekuensi Ide Bunuh Diri Pada Remaja di Kota Rengat Tahun 2016.....	65
Tabel 5.3	Distribusi Frekuensi Faktor Risiko Bunuh Diri pada Remaja di Kota Rengat Tahun 2016.....	65
Tabel 5.4	Hubungan Karakteristik Remaja dengan Ide Bunuh Diri pada Remaja di Kota Rengat Tahun 2016.....	68
Tabel 5.5	Hubungan Faktor Psikologis dengan Ide Bunuh Diri dengan Ide Bunuh Diri pada Remaja di Kota Rengat Tahun 2016.....	68
Tabel 5.6	Hubungan Faktor Keluarga dengan Ide Bunuh Diri dengan Ide Bunuh Diri pada Remaja di Kota Rengat Tahun 2016.....	69
Tabel 5.7	Hubungan Faktor Lingkungan Sosial dengan Ide Bunuh Diri dengan Ide Bunuh Diri pada Remaja di Kota Rengat Tahun 2016.....	70
Tabel 5.8	Hubungan Faktor Biologis dengan Ide Bunuh Diri dengan Ide Bunuh Diri pada Remaja di Kota Rengat Tahun 2016	70
Tabel 5.9	Hubungan Faktor Riwayat Bunuh Diri dengan Ide Bunuh Diri dengan Ide Bunuh Diri pada Remaja di Kota Rengat Tahun 2016.....	71
Tabel 5.10	Hubungan Faktor Orientasi Seksual dengan Ide Bunuh Diri dengan Ide Bunuh Diri pada Remaja di Kota Rengat Tahun 2016.....	72
Tabel 5.11	Analisis Seleksi Bivariat Karakteristik Remaja, Variabel Faktor Psikologis, Faktor Keluarga, Faktor Lingkungan,	

Faktor Biologi, Faktor Riwayat Bunuh Diri, dan Faktor Orientasi Seksual dengan Ide Bunuh Diri Remaja di Kota Rengat Tahun 2016..... 73

Tabel 5.12 Hasil Analisa Model Awal Multivariat Regresi Logistik... 74



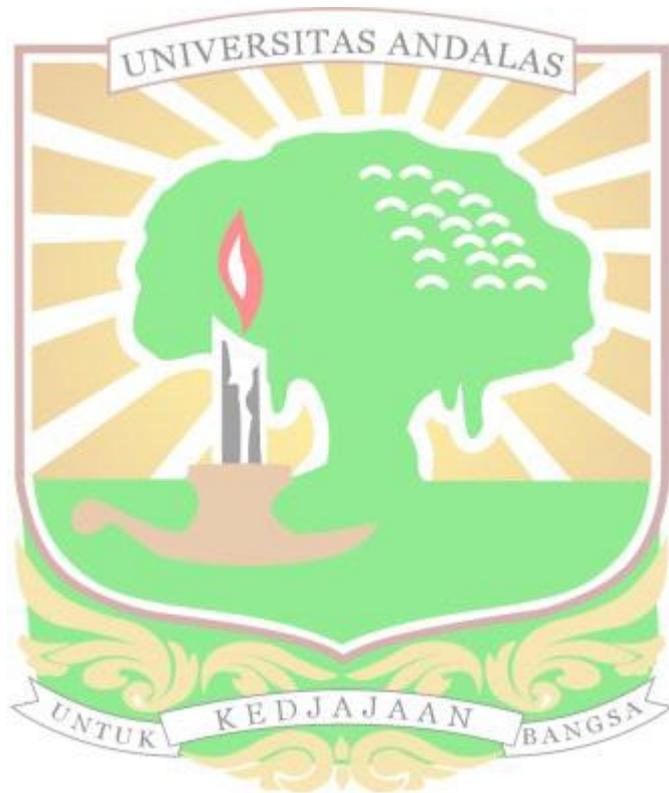
DAFTAR SKEMA

		Hal
Skema 2.1	Rentang Respon Protektif Diri.....	22
Skema 2.2	Kerangka Teori.....	39
Skema 3.1	Kerangka Penelitian.....	40



DAFTAR LAMPIRAN

LAMPIRAN 1	: Lembar Konsul Proposal Tesis
LAMPIRAN 2	: Kuisisioner Penelitian
LAMPIRAN 3	: Jadwal Kegiatan Penelitian
LAMPIRAN 4	: Analisis Kuesioner
LAMPIRAN 5	: Surat Penelitian



DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Nur Aulia
Tempat. Tanggal Lahir : Tembilahan, 26 Februari 1989
Alamat : Jalan H. Sadri No.11. Tembilahan Indragiri Hilir, Riau
Asal Instansi : Akademi Kesehatan Dinas Pendidikan dan Kebudayaan Provinsi Riau Jalan. M. Tahar No.1 Pematang Reba Indragiri Hulu

Riwayat Pendidikan :

SD Negeri 004 Tembilahan, lulus tahun 2001

MTs Negeri Tembilahan, lulus tahun 2004

SMA Negeri Tembilahan, lulus tahun 2007

DIII Keperawatan Akper Pemprov Riau, lulus tahun 2010

PSIK Universitas Riau, lulus tahun 2013



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Remaja merupakan salah satu populasi terbesar didunia. Masa remaja adalah masa transisi dimana seseorang belum dikatakan dewasa namun bukan anak-anak (Stuart, 2013). Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2015, masa remaja merupakan suatu fase perkembangan antara masa kanak-kanak dan masa dewasa, berlangsung antara usia 10 sampai 19 tahun. Remaja merupakan suatu periode perkembangan transisi antara masa anak-anak dan dewasa yang diikuti oleh perubahan biologis, kognitif dan sosioemosional (Nasution K, 2007). Masa remaja merupakan masa peralihan dari masa anak-anak menuju masa dewasa.

Banyak perubahan terjadi pada fase remaja. Menurut Huang, *et. al* (2007) pada masa remaja, banyak terjadi perubahan biologis, psikologis, maupun sosial. Tetapi umumnya proses pematangan fisik terjadi lebih cepat dari proses pematangan kejiwaan (Indarjo, 2009). Remaja harus menghadapi perubahan fisik, kognitif dan emosional yang dapat menimbulkan stress dan memicu perilaku unik pada remaja (Stuart, 2013). Sehingga, remaja diharapkan mampu menghadapi perubahan yang terjadi.

Remaja akan menghadapi berbagai masalah selama proses pendewasaan. Satu sisi, remaja ingin bebas dan mandiri, lepas dari pengaruh orang tua, disisi lain remaja tetap membutuhkan bantuan, dukungan perlindungan orang tuanya (Guzmdn *et al.* 2004). Keluarga sangat berpengaruh bagi kehidupan anak dan remaja, dimana keluarga memberikan kontribusi pada kejadian bunuh diri pada kelompok usia remaja (Fortinash

& Worret, 2012). Sehingga remaja merupakan salah satu kelompok resiko untuk terjadinya bunuh diri.

Masa remaja tidak selalu menjadi waktu untuk gejala psikologis, tetapi dapat menjadi waktu kerentanan. Salah satu bentuk kerentanan ini adalah keinginan bunuh diri (Cho *et al.* 2010). Pada masa muda dengan perilaku gangguan dan penyalahgunaan zat, masalah hukum dan disiplin sebagai pemicu untuk perilaku bunuh diri, yang mencerminkan kondisi impulsif, agresi, dan penggunaan narkoba yang menjadikan risiko tinggi bunuh diri (Brent *et al.*, 1999, 1993e; Marttunen, Aro, Henrikson, & Lonqvist, 1994b dalam Bridge, A *et al.* 2006). Hal ini semakin menjelaskan bahwa remaja merupakan kelompok risiko yang rentan terhadap kejadian bunuh diri.

Bunuh diri merupakan perilaku yang harus dihindari. Bunuh diri adalah suatu upaya yang disadari dan bertujuan untuk mengakhiri kehidupan, individu secara sadar berhasrat dan berupaya melaksanakan hasratnya untuk mati (Muhith, 2015). Sedangkan menurut Farhangdoost (2010) bunuh diri adalah ekspresi praktis dimana seseorang dengan sengaja dan sadar mengakhiri kehidupannya sendiri. Jadi, bunuh diri merupakan perilaku mencederai diri sendiri untuk mengakhiri kehidupan.

Bunuh diri menjadi masalah global. Menurut WHO tahun 2015 lebih dari 800.000 orang/tahun meninggal karena bunuh diri. Di Amerika Serikat bunuh diri remaja merupakan penyebab kematian kedua pada tahun 2013 (CDC, 2016). Hasil penelitian Bagalkot *et al.* (2014) di Korea terjadi peningkatan prevalensi bunuh diri dari ide bunuh diri dan usaha bunuh diri Prevalensi ide bunuh diri dan usaha bunuh diri 24,8% dan 6,2%, yang lebih

tinggi dari penelitian sebelumnya 15,6%, dan 3,2%. Sementara dari laporan kepolisian Indonesia tahun 2012 dan 2013 terdapat 981 dan 921 kasus kematian karena bunuh diri (Nasional Geografi Indonesia, 2015). Dari Komisi Nasional Perlindungan Anak Indonesia, laporan pertengahan tahun 2012 ada 20 kasus anak bunuh diri dengan usia termuda 13 tahun. Dari data diatas terlihat masih tingginya kejadian bunuh diri terutama pada usia remaja.

Sebelum terjadi bunuh diri, terdapat tanda-tanda yang harus diwaspadai. Komunikasi non verbal lebih sering sebagai ancaman bunuh diri, adanya ide bunuh diri yang dapat dilaporkan sendiri atau dilaporkan kepada orang lain (Stuart, 2013). Menurut Townsend (2011) seseorang dapat menunjukkan perilaku maupun menyampaikan secara verbal niat bunuh diri. Hasil penelitian Ribeiro *et al.* (2016) didapatkan bahwa usaha bunuh diri (47,80%) diikuti oleh kematian (40,50%) dan ide bunuh diri (11,60%). Oleh karena itu penting memperhatikan dan mengenali tanda-tanda bunuh diri remaja.

Banyak faktor risiko bunuh diri pada remaja. Menurut Stuart (2013) faktor risiko bunuh diri pada remaja diantaranya adalah : faktor psikologis, faktor keluarga, faktor lingkungan, faktor biologis, perilaku bunuh diri sebelumnya dan orientasi seksual. Menurut Cho Y.B & Haslam (2010) dukungan sosial cenderung memiliki relevansi khusus untuk pencegahan bunuh diri. Pengurangan jumlah faktor risiko orangtua secara signifikan mengurangi risiko usaha bunuh diri keturunan selanjutnya (Christiansen. E *et al.* 2011). Berbagai faktor risiko bunuh diri remaja memiliki keterkaitan satu sama lain.

Banyak penelitian seputar faktor psikologis bunuh diri remaja. Penelitian Ibrahim *et al.* (2014) di Malaysia didapatkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara faktor psikologis yaitu depresi, kecemasan dan stress dengan ide bunuh diri. Penelitian lain Colleen, M *et al.* (2011) di Amerika Serikat mengemukakan emosionalitas terbatas tiga kali lebih mungkin melaporkan ide bunuh diri yang serius. Faktor psikologis menjadi bagian penting pada bunuh diri remaja.

Perilaku bunuh diri menjadi sesuatu yang dipelajari sebagai adaptasi keluarga terhadap masalah dan berbagai penyebab stres (Joiner, 2005; Lenz, 2009 dalam Fortinash & Worret, 2012). Hasil penelitian Cheng, *et al.* (2013) di Taiwan menunjukkan bahwa risiko bunuh diri pada remaja laki-laki secara bermakna dikaitkan dengan riwayat kematian ayah bunuh diri dan sebaliknya remaja perempuan secara bermakna dikaitkan dengan riwayat kematian ibu bunuh diri. Hasil penelitian Niederkröthaler, *et al.* (2012) di Austria menjelaskan ada hubungan antara orang tua yang menjalani rawat inap psikiatri dengan usaha bunuh diri pada keturunannya. Faktor genetik keluarga memiliki peranan penting terhadap kejadian bunuh diri pada remaja.

Faktor ketiga adalah faktor lingkungan sosial. Hasil penelitian Bertera, M *et al.* (2007) di Amerika Serikat menunjukkan bahwa ide bunuh diri di kalangan remaja lebih tinggi pada perubahan sosial yang negatif seperti kurangnya perhatian keluarga, tidak adanya dukungan keluarga dan hilangnya keterbukaan dalam keluarga dan teman. Hasil penelitian Pisani *et al.* (2012) didapatkan sampel siswa dengan ide bunuh diri sebanyak 13,9% mempertimbangkan bunuh diri dalam 12 bulan terakhir. Siswa dengan ide

bunuh diri lebih sering mengungkapkan ide bunuh diri kepada teman sebaya (54%) dari pada orang yang lebih dewasa (23%). Oleh karena itu faktor lingkungan menjadi hal penting pada bunuh diri remaja.

Faktor lain adalah faktor biologi, dimana adanya keluhan somatik seperti sakit kepala (Stuart, 2013). Hasil penelitian Filippis *et al.* (2008) di Italia menemukan bahwa risiko bunuh diri memainkan peran sentral dalam mempengaruhi kualitas kehidupan. Hasil penelitian Pompili, M *et al.* (2009) di Italia juga didapatkan hasil dimana rasa sakit kepala merupakan faktor risiko independen terhadap bunuh diri. Keluhan somatik sebagai salah satu faktor biologi yang menjadi faktor resiko bunuh diri.

Faktor selanjutnya adalah orientasi seksual. Rata-rata percobaan bunuh diri terjadi pada kelompok remaja gay, lesbian dan biseksual (Stuart, 2013). Meyer, H *et al.* (2008) menyebutkan bahwa lesbian, gay, dan individu biseksual lebih memiliki ide bunuh diri yang berlanjut menjadi usaha bunuh diri dari pada individu heteroseksual. Selaras dengan hasil penelitian O'Donnell, S. *et al.* (2011) di Italia menyebutkan adanya peningkatan risiko ide dan usaha bunuh diri antara lesbian, gay dan biseksual. Kecendrungan risiko bunuh diri juga terjadi pada kelompok orientasi gender yang sama.

Faktor yang tidak kalah penting adalah riwayat usaha bunuh diri sebelumnya. Dua tahun pertama setelah usaha bunuh diri merupakan periode risiko tinggi (Videbeck, 2008). Hasil penelitian lain dari Scott, N. L, *et al.* (2015) di Chicago remaja perempuan dengan sejarah ide bunuh diri dan *Non suicidal self-injury* secara signifikan lebih mungkin untuk

melaporkan usaha bunuh diri baru-baru ini. Jadi, perilaku bunuh diri cenderung berulang.

Bunuh diri tidak hanya disebabkan oleh satu faktor. Banyak remaja yang gagal untuk mengungkapkan keinginan bunuh diri kepada orang dewasa (Bridge *et al.* 2006). Terjadi peningkatan laju 2-6 kali lipat perilaku bunuh diri remaja dari keluarga korban bunuh diri dan mencoba bunuh diri (Agerbo *et al.* 2002). Sehingga faktor psikologis, keluarga, lingkungan dan riwayat usaha bunuh diri merupakan faktor penting pada bunuh diri remaja.

Upaya bunuh diri dilakukan dengan berbagai metode. Perempuan memiliki upaya bunuh diri lebih tinggi sementara laki-laki lebih berhasil dalam melaksanakan tindakan bunuh diri karena menggunakan metode yang lebih mematikan (Videbeck, 2008). Metode mematikan seperti tembakan, menggantung diri, atau melompat dari ketinggian adapun metode yang kurang mematikan diantaranya over dosis karbon monoksida dan obat. Dari data WHO (2015) Sekitar 30% dari kasus bunuh diri global karena pestisida, yang sebagian besar terjadi di daerah pertanian pedesaan di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah. Terdapat variasi dalam metode bunuh diri. Billiocta *et al.* (2015) melaporkan terdapat lima orang remaja yang memilih bunuh diri karena masalah dengan teman dekat, di Singaraja, Bali seorang remaja (17 tahun) melompat dari lantai 3 gedung sekolah. Seorang remaja (16 tahun) di Bangli menenggak racuk serangga, seorang siswi kelas 1 SMK di Widodaren, Ngawi menelan obat flu hingga overdosis, dua diantaranya terjadi di propinsi Riau dimana seorang remaja (18 tahun) di Pelalawan minum racun dan seorang gadis di Rengat mencoba melompat dari ketinggian.

Kasus bunuh diri sebelumnya jarang terdengar di wilayah Rengat dimana mayoritas penduduk Rengat adalah suku melayu dan beragama islam dimana bunuh diri merupakan perilaku yang dilarang baik secara budaya maupun agama. Namun, Data Rekam Medik RSUD Indrasari Rengat didapatkan terjadi peningkatan kasus keracunan pestisida sebagai usaha bunuh diri. Pada tahun 2014 dan 2015 sebanyak 16 kasus dan 21 kasus 37,5% dan 42,8% dilakukan oleh usia 15 sampai 24 tahun. Laporan dari Kepolisian Resort Kabupaten Indragiri Hulu terdapat kasus bunuh diri di Rengat pada tahun 2012 dan 2013 yang dilakukan dengan gantung diri. Pada tahun 2015 didapatkan data seorang bidan meninggal gantung diri dikamar praktik, masih ditahun yang sama seorang lansia meninggal gantung diri dan dua orang remaja (17 tahun) bunuh diri dengan cara gantung diri dihari yang sama. Data dari Puskesmas Sipayung Rengat juga didapatkan pada Tahun 2015 terjadi percobaan bunuh diri oleh remaja dengan melompat dari ketinggian, pada tahun sebelumnya tidak ada kasus percobaan bunuh diri yang tercatat di puskesmas Sipayung.

Studi pendahuluan kepada 20 siswa SMPN 3 Rengat dan 20 siswa SMAN 2 Rengat dengan memberikan angket *Suicidal Behaviors Questionnaire-Reseived* (Osman *et al.* 2001) pada 10 April 2016, ditemukan sebanyak 20% remaja memiliki pikiran singkat tentang bunuh diri dan telah memiliki rencana bunuh diri setidaknya sekali namun tidak mencoba melakukan bunuh diri, sebanyak 7,5%, dengan frekuensi pikiran yang muncul yakni satu kali (10%) dua kali (7,5%) dan sangat sering lima kali atau lebih sering (5%). Dua diantaranya pernah mengungkapkan kepada orang lain bahwa akan melakukan bunuh diri meski sebenarnya tidak ingin

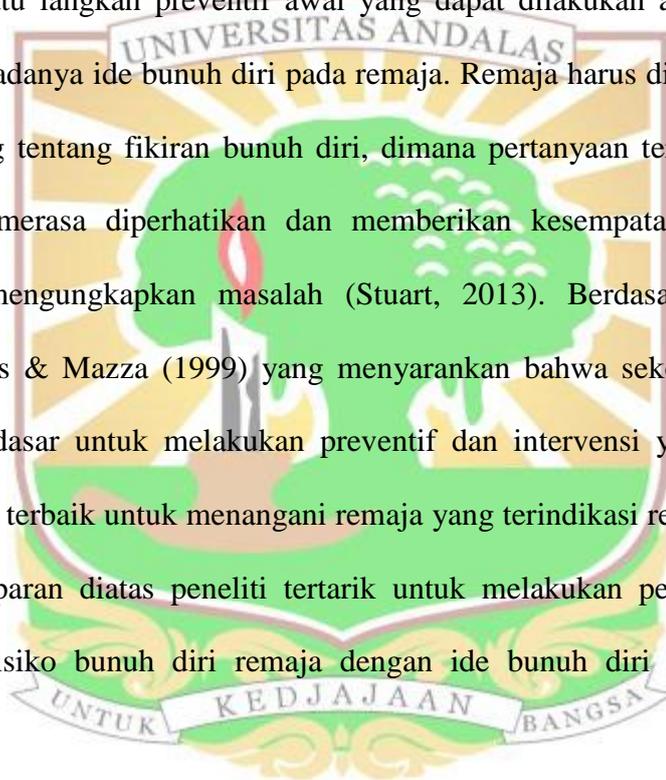
mati dan lima diantaranya pernah lebih dari sekali mengatakan kepada seseorang akan bunuh diri tapi tidak ingin melakukannya. Tiga diantaranya menyatakan tidak mungkin dan sangat tidak mungkin melakukan bunuh diri, lima orang mengungkapkan ada sedikit kemungkinan melakukan bunuh diri dan satu orang menyatakan bahwa ada kemungkinan melakukan bunuh diri.

Berdasarkan wawancara yang dilakukan kepada siswa yang memiliki ide bunuh diri didapatkan bahwa pikiran bunuh diri timbul saat ada masalah dengan orang tua, *broken home*, hutang dengan pihak sekolah, masalah keluarga, teman dan pacar. Satu orang mengungkapkan pikiran bunuh diri timbul saat ada masalah dan tidak ada yang peduli yang lain menyebutkan karena perasaan kesal dan tidak tau mau berbuat apa. Cara penyelesaian saat terjadi masalah diantaranya mengungkapkan diam dan mengurung diri dikamar, yang lain dengan curhat kepada teman. Sementara itu untuk cara yang dipikirkan jika melakukan bunuh diri diantaranya dua orang mengungkapkan minum obat/racun, satu orang dengan memotong nadi, tiga diantaranya mengungkapkan takut melakukan bunuh diri sehingga keinginan mati tiba-tiba saja seperti dibunuh orang atau ditabrak. Selebihnya mengungkapkan takut untuk melakukan bunuh diri dan tidak ingin mengungkapkan cara yang digunakan.

Wawancara juga dilakukan kepada kepala ruangan interna RSUD Indrasari Rengat pada tanggal 30 Maret 2016 dimana terdapat kasus keracunan pestisida dengan rencana bunuh diri, penjelasan lebih lanjut didapatkan bahwa jumlah pestisida yang terminum mencapai satu gelas. Pada remaja alasan yang diungkapkan atas perilaku percobaan bunuh diri

akibat konflik dengan orang tua dan putus cinta. Beberapa klien tidak dapat diselamatkan dalam waktu kurang dari 12 jam bergantung pada banyaknya jumlah pestisida yang digunakan.

Pencegahan terhadap usaha bunuh diri pada remaja perlu dilakukan, mengingat remaja merupakan kelompok usia berisiko tinggi melakukan bunuh diri (Townsend, 2011). Ide bunuh diri, ancaman dan upaya bunuh diri memerlukan prioritas tinggi dan merupakan hal serius apapun tujuannya. Salah satu langkah preventif awal yang dapat dilakukan adalah menggali tentang adanya ide bunuh diri pada remaja. Remaja harus ditanyakan secara langsung tentang fikiran bunuh diri, dimana pertanyaan tersebut membuat remaja merasa diperhatikan dan memberikan kesempatan pada mereka untuk mengungkapkan masalah (Stuart, 2013). Berdasarkan penelitian Reynolds & Mazza (1999) yang menyarankan bahwa sekolah merupakan tempat dasar untuk melakukan preventif dan intervensi yang merupakan program terbaik untuk menangani remaja yang terindikasi resiko bunuh diri. Dari paparan diatas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang faktor risiko bunuh diri remaja dengan ide bunuh diri pada remaja di Rengat.



B. Rumusan Masalah

Bunuh diri merupakan masalah global dimana peningkatan kejadian bunuh diri terutama pada usia remaja sebagai kelompok risiko terjadinya bunuh diri. Faktor risiko bunuh diri pada remaja diantaranya adalah : faktor psikologis, faktor keluarga, faktor lingkungan, faktor biologis, perilaku bunuh diri sebelumnya dan orientasi seksual. Masalah penelitian yang dijawab pada

penelitian ini adalah belum diketahuinya hubungan faktor risiko bunuh diri dengan ide bunuh diri pada remaja di kota Rengat.

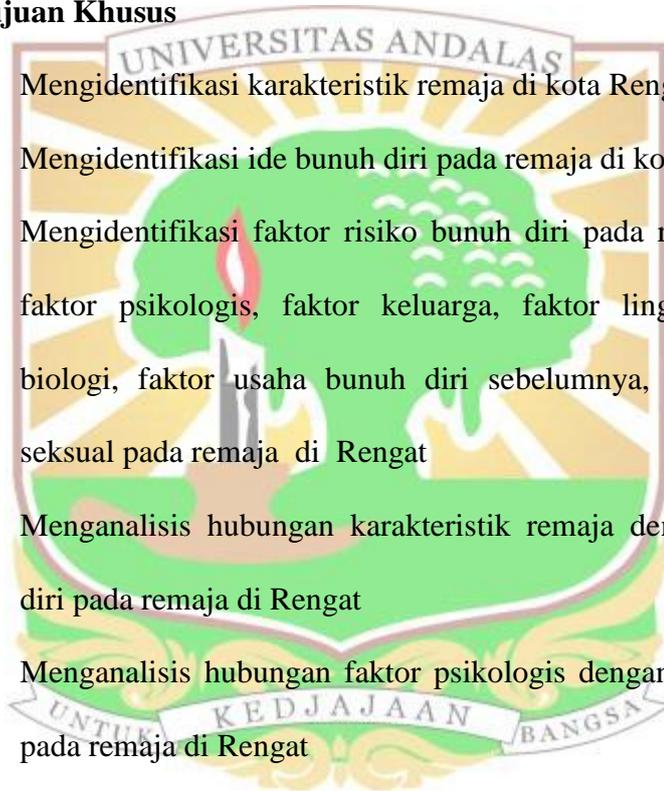
C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui hubungan faktor risiko bunuh diri pada remaja dengan ide bunuh diri pada remaja di Rengat.

a. Tujuan Khusus

- 1) Mengidentifikasi karakteristik remaja di kota Rengat
- 2) Mengidentifikasi ide bunuh diri pada remaja di kota Rengat
- 3) Mengidentifikasi faktor risiko bunuh diri pada remaja meliputi: faktor psikologis, faktor keluarga, faktor lingkungan, faktor biologi, faktor usaha bunuh diri sebelumnya, faktor orientasi seksual pada remaja di Rengat
- 4) Menganalisis hubungan karakteristik remaja dengan ide bunuh diri pada remaja di Rengat
- 5) Menganalisis hubungan faktor psikologis dengan ide bunuh diri pada remaja di Rengat
- 6) Menganalisis hubungan faktor keluarga dengan ide bunuh diri pada remaja di Rengat
- 7) Menganalisis hubungan faktor lingkungan dengan ide bunuh diri pada remaja di Rengat
- 8) Menganalisis hubungan faktor biologis dengan ide bunuh diri pada remaja di Rengat



- 9) Menganalisis hubungan faktor usaha bunuh diri sebelumnya dengan ide bunuh diri pada remaja di Rengat
- 10) Menganalisis hubungan orientasi seksual dengan ide bunuh diri pada remaja di Rengat.
- 11) Menganalisis faktor risiko yang paling dominan yang berhubungan dengan ide bunuh diri pada remaja di Rengat

D. Manfaat Penelitian

Penelitian ini dapat bermanfaat bagi berbagai pihak yang terlibat dalam pengembangan pelayanan keperawatan khususnya keperawatan jiwa di komunitas.

1. Manfaat Aplikatif

Penelitian ini bermanfaat sebagai informasi dan masukan positif bagi petugas pelayanan keperawatan khususnya keperawatan jiwa di komunitas. Penelitian ini juga dapat meningkatkan pengetahuan dan informasi bagi petugas dalam memberikan pelayanan keperawatan pada remaja.

2. Manfaat Keilmuan

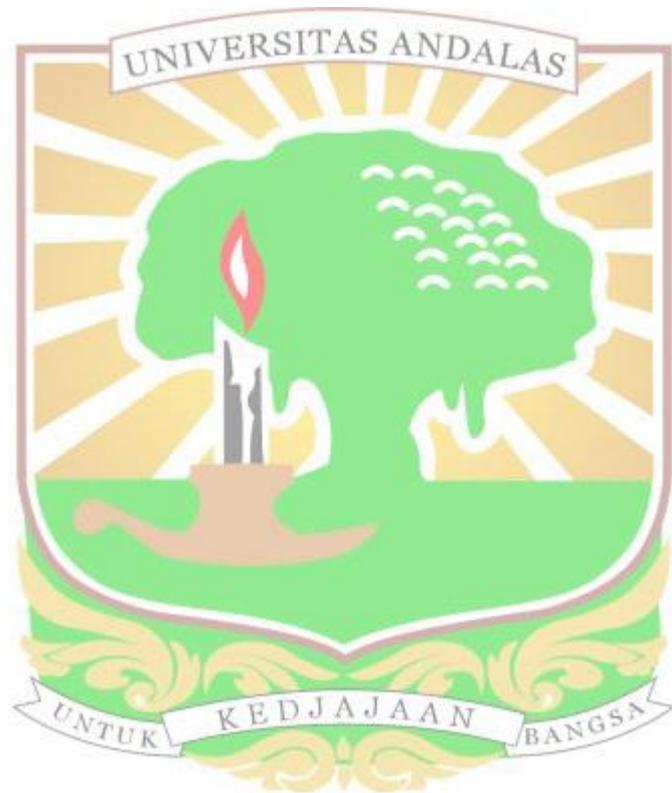
Penelitian ini dapat menambah keilmuan keperawatan jiwa dalam mengembangkan langkah awal untuk identifikasi pada pencegahan resiko bunuh diri remaja di komunitas.

3. Manfaat Metodologi

Penelitian ini digunakan sebagai data awal penelitian selanjutnya, terkait penelitian mengenai resiko bunuh diri remaja. Penelitian ini



merupakan penelitian multivariat yang dapat menggali dan memperlihatkan faktor risiko bunuh diri remaja yang paling dominan.`



BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Remaja

1. Definisi Remaja

Masa remaja menurut *World Health Organization*(WHO) suatu fase perkembangan antara masa kanak-kanak dan masa dewasa, berlangsung antara usia 10 sampai 19 tahun. Remaja merupakan suatu periode perkembangan transisi antara masa anak-anak dan dewasa yang diikuti oleh perubahan biologis, kognitif dan sosioemosional (Nasution, K. I. 2007).

Remaja adalah masa transisi dimana seseorang belum dikatakan dewasa namun bukan anak-anak (Stuart, 2013). Remaja adalah individu yang unik dengan segala proses perkembangan yang harus dilaluinya baik secara fisik maupun psikologis (Nasriati, R. 2011). Menurut Departemen Kesehatan RI (2009) masa ramaja dibagi atas dua kelompok yakni masa remaja awal 12-16 tahun dan masa remaja akhir 17-25 tahun. Sementara menurut Hurlock (1978) dalam Wong (2006) masa remaja dibagi dalam tiga kelompok, yaitu: remaja awal: 12-15 tahun, remaja tengah 16-18 tahun dan remaja akhir 19-20 tahun.

2. Perkembangan Fisik

Perubahan-perubahan fisik merupakan gejala primer dalam pertumbuhan masa remaja yang berdampak terhadap perubahan-

perubahan psikologis (Nasriati, R. 2011). Perkembangan fisik pada remaja perempuan meliputi: pertumbuhan pesat, perkembangan payudara, rambut pubis, rambut ketiak dan badan, pengeluaran sekret vagina, produksi keringat ketiak, menstruasi. Sementara pada laki-laki meliputi: pertumbuhan pesat testis dan skrotum penis, ejakulasi, rambut pubis, rambut ketiak dan badan, kumis, cambang dan jenggot, perkembangan kelenjar keringat ketiak, suara pecah dan membesar (Indarjo, 2009)

3. Perkembangan Kognitif

Menurut teori Piaget, prinsip perkembangan kognitif terjadi melalui empat tahap yaitu sensorimotor, paraoperasional, operasional konkret dan operasional formal. Keempat tahap ini selalu terjadi dalam urutan yang sama.

a. Tahap Sensorimotor

Tahap ini berlangsung dari saat lahir hingga anak berumur 2 tahun. Pada tahap ini, bayi mampu mengorganisasi dan mengkoordinasikan sensai melalui gerakan dan tindakan fisik. Serta mampu secara pasif menerima rangsangan-rangsangan terhadap alat indra dan secara aktif memberikan respon terhadap rangsangan tersebut melalui gerakan refleks. Contohnya, anak yang berusia 2 tahun dapat membayangkan sebuah mainan dan memanipulasi dengan tangannya sebelum mainan tersebut benar-benar ada.

b. Tahap paraoperasional

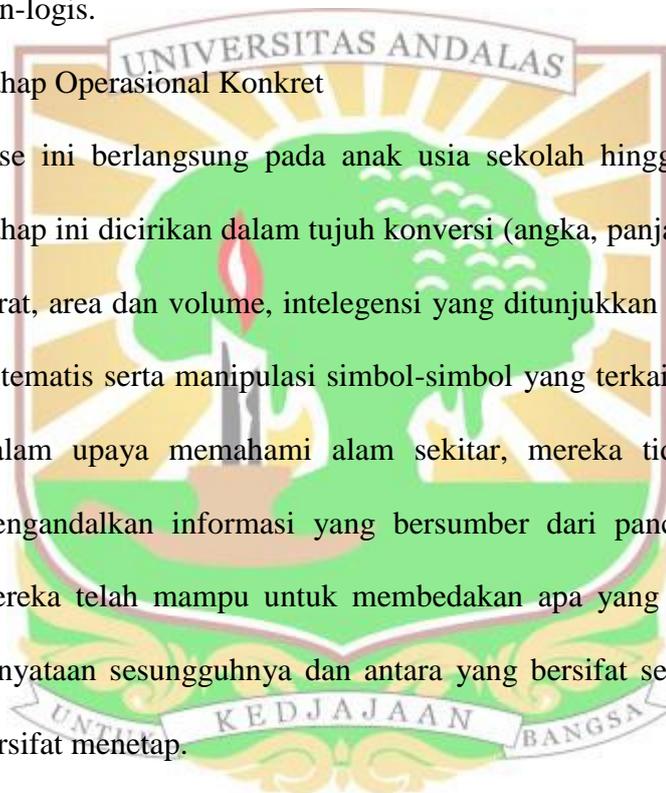
Tahap ini berlangsung pada masa anak berumur 2 sampai 7 tahun. Pada tahap ini terjadi pembentukan konsep yang stabil, penalaran mental, egosentrisme, serta terbentuknya keyakinan terhadap hal magis. Fase ini juga menunjukkan penggunaan simbol-simbol, bahasa yang matur, memori dan imajinasi walaupun dilakukan dalam berfikir non-logis.

c. Tahap Operasional Konkret

Fase ini berlangsung pada anak usia sekolah hingga remaja awal. Tahap ini dicirikan dalam tujuh konversi (angka, panjang, cair, massa, berat, area dan volume, intelegensi yang ditunjukkan secara logis dan sistematis serta manipulasi simbol-simbol yang terkait dengan benda. Dalam upaya memahami alam sekitar, mereka tidak lagi terlalu mengandalkan informasi yang bersumber dari panca indra karena mereka telah mampu untuk membedakan apa yang tampak dengan kenyataan sesungguhnya dan antara yang bersifat sementara dengan bersifat menetap.

d. Tahap Operasional Formal

Tahap ini dialami pada masa remaja hingga dewasa. Pada tahap ini anak telah bisa berfikir abstrak dan hipotesis. Selain itu, remaja juga sudah mampu berfikir secara sistematis dan mampu memikirkan semua kemungkinan untuk memecahkan masalah.



Perkembangan kognitif yang terjadi pada remaja bisa dibagi dalam tahapan:

a. Remaja Awal

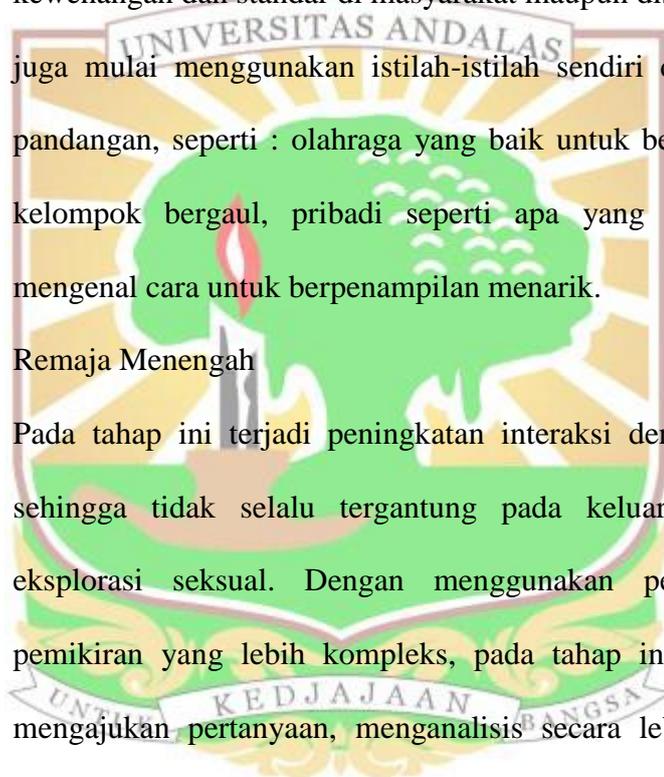
Pada tahap ini, remaja mulai berfokus pada pengambilan keputusan baik dalam rumah ataupun disekolah. Remaja mulai menunjukkan cara berfikir logis, sehingga sering menanyakan kewenangan dan standar di masyarakat maupun disekolah. Remaja juga mulai menggunakan istilah-istilah sendiri dan mempunyai pandangan, seperti : olahraga yang baik untuk bermain, memilih kelompok bergaul, pribadi seperti apa yang diinginkan dan mengenal cara untuk berpenampilan menarik.

b. Remaja Menengah

Pada tahap ini terjadi peningkatan interaksi dengan kelompok, sehingga tidak selalu tergantung pada keluarga dan terjadi eksplorasi seksual. Dengan menggunakan pengalaman dan pemikiran yang lebih kompleks, pada tahap ini remaja sering mengajukan pertanyaan, menganalisis secara lebih menyeluruh dan berfikir tentang bagaimana cara mengembangkan identitas. Pada masa ini remaja juga mulai mempertimbangkan kemungkinan masa depan, tujuan dan membuat rencana sendiri.

c. Remaja Akhir

Pada tahap ini remaja lebih berkonsentrasi pada remaja yang akan datang dan meningkatkan pergaulan. Selama masa remaja akhir,



proses berfikir secara kompleks digunakan untuk memfokuskan diri masalah-masalah idealisme, toleransi, keputusan untuk karir dan pekerjaan serta peran orang dewasa dalam masyarakat (Tim Penulisan Poltekkes Depkes Jakarta I, 2012)

4. Perkembangan Psikososial

Menurut Erikson, perkembangan psikososial terdiri atas delapan tahap.

Remaja melalui lima diantara delapan tahap perkembangan tersebut

a. Kepercayaan (*trust*) versus ketidakpercayaan (*mistrust*)

Tahapan ini terjadi dalam 1-2 tahun awal kehidupan. Anak belajar untuk percaya pada dirinya sendiri ataupun lingkungannya. Anak merasa bingung dan tidak percaya, sehingga dibutuhkan kualitas interaksi antara orang tua dan anaknya.

b. Otonomi (*autonomy*) versus rasa malu dan ragu (*shame and doubt*)

Bagi kebanyakan remaja, membangun rasa otonomi atau kemerdekaan merupakan bagian dari transisi emosional. Selama masa remaja terjadi perubahan ketergantungan khas anak-anak ke arah otonomi khas dewasa. Misalnya: remaja umumnya tidak terburu-buru bercerita kepada orang tua ketika merasa kecewa, khawatir atau memerlukan bantuan.

c. Inisiatif (*initiative*) versus rasa bersalah (*guilt*)

Tahapan ini berlangsung pada anak usia prasekolah dan awal usia sekolah. Anak cenderung aktif bertanya untuk memperluas kemampuannya melalui bermain aktif, bekerja sama dengan orang

lain dan belajar bertanggung jawab terhadap tindakan yang dilakukannya.

d. Rajin (*industry*) versus rendah diri (*inferiority*)

Pada tahap ini terjadi persaingan dikelompoknya. Anak menggunakan pengalaman kognitif menjadi lebih produktif dalam grupnya. Disini anak belajar untuk menguasai keterampilan yang lebih formal. Anak mulai terasah rasa percaya dirinya, mandiri dan penuh inisiatif saat termotivasi untuk belajar lebih tekun.

e. Identitas (*identity*) versus kebingungan identitas (*identity confusion*)

Remaja belajar mengungkapkan aktualisasinya untuk menjawab pertanyaan, "Siapa saya?". Mereka melakukan tindakan yang baik sesuai dengan sistem nilai yang ada. Namun demikian, sering juga terjadi penyimpangan identitas, misalnya: melakukan percobaan tindakan kejahatan, melakukan pemberontakan dan lain sebagainya. Pada masa remaja, identitas seksual baik laki-laki dan perempuan dibangun dan secara berharap mengembangkan cita-cita yang diinginkan.

5. Kesehatan Jiwa Remaja

Berdasarkan UU No.23 tahun 1966 tentang kesehatan jiwa didefinisikan sebagai suatu kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, intelektual dan emosional yang optimal dari seseorang dan perkembangan itu berjalan secara selaras dengan keadaan orang lain. Perkembangan jiwa remaja dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya:

a. Lingkungan keluarga

Pola asuh orang tua akan memberikan dampak pada perkembangan jiwa remaja. Contohnya orang tua yang otoriter akan membuat anak menjadi penakut, tidak memiliki rasa percaya diri, merasa tidak berharga sehingga proses sosialisasi menjadi terganggu atau orang tua yang berambisi dan terlalu menuntut anak-anaknya akan mengakibatkan anak cenderung mengalami frustrasi, takut gagal, dan merasa tidak berharga. Selain pola asuh, kondisi keluarga juga akan mempengaruhi jiwa remaja keluarga yang orang tuanya memiliki hubungan yang tidak harmonis, keluarga yang tidak lengkap karena perceraian ataupun kematian atau keluarga dengan keadaan ekonomi yang kurang juga mempengaruhi keadaan jiwa remaja.

b. Lingkungan sekolah

Kedisiplinan, suasana saat belajar, tidak adanya pengendalian diri dan bimbingan guru akan mempengaruhi perilaku remaja. Sekolah harus menciptakan lingkungan yang kondusif bagi kegiatan belajar mengajar karena umumnya orang tua menaruh harapan besar pada pendidikan disekolah.

c. Lingkungan teman sebaya

Remaja lebih sering menghabiskan waktu dengan teman sebayanya sehingga sikap, pembicaraan, minat, penampilan dan perilaku teman

sebagai lebih besar pengaruhnya dari pada keluarga. Selain itu didalam pergaulan remaja norma yang berlaku bukan norma biasa dipakai oleh orang dewasa tetapi norma yang ditetapkan oleh lingkungan kelompok remaja tersebut. Sehingga sangat berbahaya pada perkembangan jiwa remaja jika sebuah kelompok remaja mengembangkan nilai negatif seperti mencoba minum alkohol, rokok atau zat adiktif lainnya.

d. Lingkungan masyarakat

Sosial budaya dan pengaruh media massa akan mempengaruhi kejiwaan remaja. Kebudayaan memberikan pedoman arah, persetujuan, pengingkaran, dukungan, kasih sayang dan perasaan aman pada remaja tetapi mereka juga memiliki keinginan untuk mandiri yang berbeda dari tolak ukur orang dewasa. Sehingga mereka membuat kebudayaan sendiri yang berbeda dari kebudayaan masyarakat pada umumnya. Kebudayaan ini dikenal dengan budaya anak muda (*young culture*). Nilai yang dominan dalam budaya anak muda adalah keunggulan dalam olah raga, disenangi teman, senang hura-hura, senang pesta, tidak dianggap pengecut dan sebagainya (Tim Penulis Poltekkes Depkes Jakarta I, 2012).

e. Pengaruh media massa pada kejiwaan remaja diantaranya adalah kurangnya komunikasi dengan keluarga karena remaja lebih senang menghabiskan waktu dengan koneksi internet. Informasi yang ada di televisi maupun internet biasanya mempengaruhi persepsi remaja

dalam memandang sesuatu. Hal ini akan membahayakan remaja jika remaja sering menikmati program yang kurang mendidik seperti tayangan kekerasan dan kehidupan seksual. Selain itu dengan berkembangnya ketertarikan remaja pada lawan jenis, mereka akan menikmati media cetak maupun jaringan internet cenderung ke arah yang berinformasikan tentang seputar kehidupan seksual. Keingintahuan tentang seksual merupakan pendorong bagi remaja untuk memanfaatkan media informasi (Tim Penulis Poltekkes Depkes Jakarta I, 2012)

B. Konsep Dasar Bunuh Diri

1. Definisi Bunuh Diri

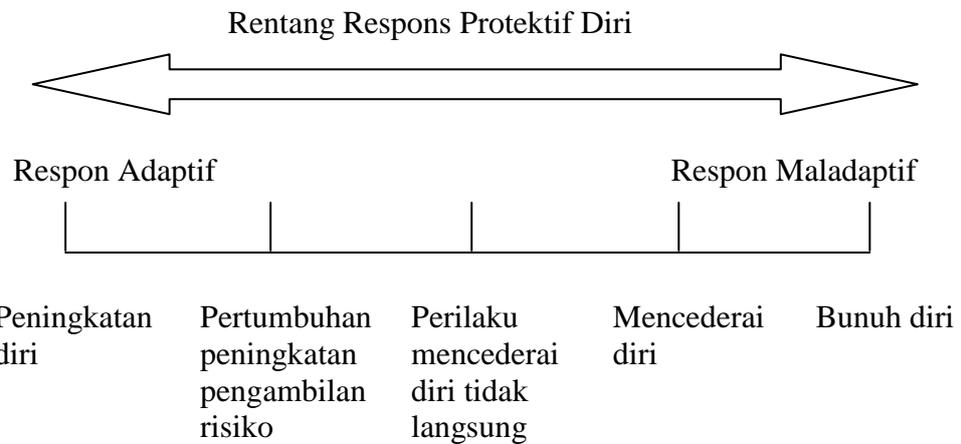
Bunuh diri adalah segala perbuatan seseorang yang dapat mengakhiri hidupnya sendiri dalam waktu singkat (Maramis 2004). Bunuh diri merupakan tindakan yang secara sadar dilakukan oleh pasien untuk mengakhiri kehidupannya (Videbeck, 2008). Masa rawan terjadinya bunuh diri dimana saat hilangnya kemampuan untuk mentolerir dan adanya perasaan kecewa yang sering mengganggu. Jika individu kehilangan kesepakatan dan terjadi kekecewaan selama berbagai tahap kehidupan saat individu berjuang dengan masalah perkembangan, menjadi masa rawan untuk terjadinya bunuh diri seperti yang terjadi pada masa remaja (Townsend, 2011). Berdasarkan besarnya kemungkinan pasien melakukan bunuh diri, kita mengenal tiga macam perilaku bunuh diri, yaitu isyarat

bunuh diri, ancaman bunuh diri dan percobaan bunuh diri (Keliat et.al, 2010).

Perilaku bunuh diri seperti ide bunuh diri, rencana bunuh diri, dan upaya bunuh diri telah ditemukan menjadi prediktor penting dari kematian bunuh diri (De Leo, *et al.*2005; Kessler *et al.* 2005). Memahami pola dan korelasi ide bunuh diri, rencana, dan upaya penting untuk kebijakan perencanaan kesehatan yang diperlukan untuk mengurangi kejadian bunuh diri dan masalah terkait bunuh diri terkait (Kessler *et al.* 2005).

Terjadi peningkatan prevalensi dari rencana antara orang yang memiliki ide bunuh diri secara signifikan pada tahun 2001-2003 (dari 19,6% menjadi 28,6%) dan prevalensi dari isyarat antara perencanaan bunuh diri menurun secara signifikan (dari 21,4% menjadi 6,4%). Pengobatan meningkat secara dramatis di antara orang yang memiliki ide bunuh diri yang memberi isyarat (40,3% menjadi 92,8%) dan di antara orang yang memiliki ide bunuh diri dan melakukan upaya bunuh diri (49,6% menjadi 79,0%) (Kessler *et al.* 2005).

Bunuh diri merupakan respon yang paling maladaptif dari teori rentang respon protektif diri dalam Stuart (2013). Berikut rentang respon protektif diri :



Skema. 2. 1 Rentang Respon Proteksi Diri, Sumber (Stuart, 2013)

Stuart (2013) menjelaskan bahwa perlindungan dan kelangsungan hidup merupakan kebutuhan mendasar dari semua makhluk hidup. Pada rentang respons proteksi diri, peningkatan diri dan pertumbuhan promosi pengambilan risiko merupakan respon yang paling adaptif, sebaliknya perilaku mencederai diri sendiri secara tidak langsung, melukai diri, dan bunuh diri adalah respons maladaptif.

Perilaku destruktif diri yaitu setiap aktivitas yang jika tidak dicegah dapat mengarah kepada kematian. Perilaku ini dapat diklasifikasikan sebagai langsung dan tidak langsung. Perilaku destruktif diri langsung mencakup setiap bentuk aktivitas bunuh diri. Niatnya adalah kematian dan individu menyadari hal ini sebagai hasil yang diinginkan dan rentang waktu perilaku berjangka pendek. Perilaku destruktif diri tidak langsung meliputi setiap aktivitas yang merusak kesejahteraan fisik individu dan dapat mengarah kepada kematian. Individu tidak menyadari tentang potensial terjadi kematian akibat perilakunya dan biasanya lebih lama dari pada perilaku bunuh diri (Stuart, 2006)

Perilaku mencederai diri sendiri mungkin langsung atau tidak langsung. Mencederai diri adalah tindakan membahayakan yang disengaja terhadap tubuh sendiri. Cedera ini dilakukan untuk diri sendiri, tanpa bantuan orang lain dan cedera yang cukup parah dapat menyebabkan kerusakan jaringan. Mencederai diri dan risiko bunuh diri adalah dua fenomena yang terpisah. Kematian akibat cedera biasanya klien yang melukai diri sendiri biasanya ingin lepas dari ketegangan mereka dari pada membunuh diri sendiri. Mencederai diri juga berbeda dari perilaku merusak diri sendiri seperti makan berlebihan, penyalahgunaan narkoba, merokok dan aktivitas berisiko tinggi. Mencederai diri adalah peristiwa yang terjadi dalam rentang waktu yang singkat dan dengan kesadaran akan konsekuensi dari tindakan itu (Stuart, 2006).

Sementara itu perilaku bunuh diri merupakan masalah kesehatan masyarakat yang penting dan cukup membebankan psikologis dan beban ekonomi di masyarakat. Perilaku bunuh diri berkisar dari ide bunuh diri, rencana bunuh diri, dan upaya dengan kemungkinan berakhir pada selesainya perilaku bunuh diri (Maniam *et al.*, 2014). Fortinash & Worret, (2012) membagi perilaku bunuh diri pada beberapa tingkatan, berikut penjelasan pada setiap tingkatan perilaku bunuh diri:

a. Ide Bunuh Diri (*Suicidal Ideation*)

Ide bunuh diri adalah pikiran membunuh diri sendiri, baik yang dilaporkan sendiri atau dilaporkan kepada orang lain (Stuart, 2013). Meliputi pemikiran atau fantasi langsung maupun tidak langsung untuk

bunuh diri atau perilaku melukai diri sendiri yang diekspresikan secara verbal, disalurkan melalui tulisan atau pekerjaan seni dengan maksud tertentu maupun memperlihatkan pemikiran bunuh diri (Fortinash & Worret, 2012). Ide bunuh diri merupakan proses kontemplasi dari bunuh diri atau sebuah metoda yang digunakan tanpa melakukan aksi/tindakan, bahkan klien pada tahap ini tidak akan mengungkapkan idenya apabila tidak ditekan. Walaupun demikian, perlu disadari bahwa klien pada tahap ini memiliki pikiran tentang keinginan mati (Davidson, Neale, & Kring, 2004 dalam Muhith, A, 2015).

b. Ancaman Bunuh Diri (*Suicide threats*)

Ungkapan secara langsung atau tulisan sebagai ekpresi dari niat melakukan bunuh diri namun tanpa adanya tindakan. Ancaman bunuh diri mungkin menunjukkan upaya terakhir untuk mendapatkan pertolongan agar dapat mengatasi masalah. Bunuh diri yang terjadi merupakan kegagalan coping dan mekanisme adaptif.

c. Isyarat Bunuh Diri (*Suicide Gesture*)

Hasil tindakan langsung pada diri sendiri tanpa ada luka atau luka kecil dari seseorang yang tidak ada niat untuk mengakhiri hidupnya maupun mengharapkan untuk meninggal pada akhirnya. Bagaimanapun, mereka telah melakukan cara dimana orang lain mengartikan tindakannya seperti bermaksud bunuh diri. Davidson, Neale, & Kring (2004) menyebutkan pada fase ini klien menunjukkan perilaku destruktif yang diarahkan pada diri sendiri yang bertujuan tidak

hanya mengancam kehidupannya, tetapi sudah pada percobaan untuk melakukan bunuh diri. Tindakan yang dilakukan pada fase ini pada umumnya tidak mematikan, misalnya minum beberapa pil atau menyayat pembuluh darah pada lengannya. Hal ini terjadi karena individu memahami ambivalen antara mati dan hidup dan tidak berencana untuk mati. Individu ini masih memiliki kemauan untuk hidup, ingin diselamatkan dan individu ini sedang mengalami konflik mental. Tahap ini sering dinamakan "*Crying for help*" sebab individu ini sedang berjuang dengan stres yang tidak mampu diselesaikan (Muhith, A, 2015).

d. Percobaan Bunuh Diri (*Suicide Attempts*)

Terdapat tindakan serius secara langsung pada diri sendiri dimana terkadang menyebabkan luka kecil atau besar dari seseorang yang berniat untuk mengakhiri hidup atau dengan serius mencederai dirinya. Isyarat dan percobaan yang tidak berhasil dan kurang mematikan disebut *parasuicidal behaviour*. Perilaku parasuicidal dikembangkan oleh Kreitman untuk menggambarkan perilaku yang termasuk memotong kulit atau menelan zat kimia yang tidak memiliki akibat fatal dan dapat digunakan sebagai mekanisme koping maladaptif untuk menangani emosi yang kuat atau pikiran yang mengganggu (Patel & Jakopac, 2012).

e. Bunuh Diri Selesai (*Completed Suicide*)

Kematian seseorang yang mengakhiri kehidupan dengan cara mereka sendiri dengan sadar berniat untuk mati sebagai gambaran bunuh diri selesai. Bagaimanapun, hal ini penting untuk jadi catatan bahwa beberapa bunuh diri pada dasarnya terkadang terjadi tanpa disadari adanya niat untuk mati (seperti menyenangkan aktivitas berisiko tinggi).

2. Tanda – Tanda Bunuh Diri

Menurut Maramis (2004) tanda-tanda yang dapat terlihat diantaranya: pernyataan berulang-ulang tentang kematian, mengungkapkan perasaan bersalah, ketakutan dan panik. Menurut Stuart (2013) adanya peringatan langsung atau tidak langsung, verbal atau nonverbal bahwa seseorang berencana untuk mengakhiri hidupnya sendiri menunjukkan tanda yang diberikan atas perilaku bunuh diri. Pada fase isyarat bunuh diri tanda dan gejala bunuh diri dapat diketahui dimana individu sudah memiliki ide untuk mengakhiri hidupnya namun tidak disertai ancaman dan percobaan bunuh diri. Secara subyektif ada ungkapan perasaan bersalah, sedih, marah, putus asa atau tidak berdaya, menitipkan pesan untuk ditinggalkan, mengungkapkan hal negatif tentang diri sendiri. Secara obyektif terlihat murung, sedih, marah, menangis, banyak diam, kontak mata kurang, emosi labil, tidur kurang. Pada fase ancaman bunuh diri klien mengungkapkan ingin mati, mengungkapkan rencana mengakhiri

kehidupan dan adanya tindakan untuk menyiapkan alat dalam melaksanakan rencana bunuh diri.

Tanda-tanda orang yang lebih muda untuk kemungkinan bunuh diri juga disebutkan dalam National Youth Mental Health Foundation oleh Scanlan, F., Purcell, R., (2009) yakni adanya ancaman untuk menyakiti dirinya sendiri atau bunuh diri, mencari cara untuk bunuh diri misalnya mencari akses penggunaan pil, senjata, atau cara lain. Sengaja menyakiti dirinya sendiri yaitu dengan melukai diri, pemotongan, atau membakar, berbicara atau menulis tentang kematian, sekarat atau bunuh diri, putus asa, mengamuk, kemarahan, membalas dendam, bertindak sembrono atau terlibat dalam kegiatan berisiko, perilaku kelihatan seperti tanpa berpikir, merasa terjebak, seperti tidak ada jalan keluar, meningkatkan penggunaan alkohol atau narkoba, menarik diri dari teman, keluarga atau masyarakat, kecemasan, agitasi, perubahan dalam tidur atau nafsu makan, perubahan dramatis dalam suasana hati, tidak ada alasan untuk hidup, tidak ada tujuan dalam hidup sebagai tanda dari perilaku bunuh diri.

3. Metode Bunuh Diri

Terdapat metode bunuh diri yang mematikan dan yang kurang mematikan. Metode mematikan seperti tembakan, menggantung diri, atau melompat dari ketinggian. Sedangkan metode yang kurang mematikan diantaranya over dosis karbon monoksida dan obat yang memberikan waktu untuk diselamatkan setelah aksi bunuh diri dimulai (Stuart, 2013). Tiga metode yang digunakan dalam bunuh diri dari orang-orang yang lebih

muda diantaranya adalah penggunaan senjata api, sesak napas, dan keracunan (Centers for Disease Control and Prevention, 2015). Perempuan memiliki upaya bunuh diri lebih tinggi sementara laki-laki lebih berhasil dalam melaksanakan tindakan bunuh diri karena menggunakan metode yang lebih mematikan. Perempuan cenderung menggunakan pil tidur atau pisau cukur sedangkan laki-laki dengan menembak, menggantung diri atau melompat dari tempat yang tinggi (Roy, 2000 dalam Videbeck, 2008).

C. Faktor Risiko Bunuh Diri pada Remaja

Faktor risiko bunuh diri pada remaja dalam Stuart (2013) diantaranya adalah: faktor psikologis, faktor keluarga, faktor lingkungan, faktor biologis, perilaku bunuh diri sebelumnya dan orientasi seksual, berikut penjelasan dari faktor risiko bunuh diri pada remaja:

1. Faktor psikologis

Faktor psikologis diantaranya adalah depresi, kecanduan narkoba (Farhangdoos, 2010), stres, kecemasan dan depresi (Hawari, B, 2013) sementara menurut Ibrahim *et al.* (2014) faktor psikologis bunuh diri pada remaja adalah depresi, ansietas dan stress. Faktor psikologis dimana remaja yang merasa depresi, kesedihan, dan putus asa memiliki kemungkinan lebih tinggi terhadap perilaku bunuh diri (Altangerel, 2014). Merasa sedih, sendiri, cemas dan tidak berdaya berhubungan dengan

depresi terhadap sesuatu yang dirasakan sebagai emosi yang normal dari adanya stress (Townsend, 2011). Penderitaan psikologis yang tidak tertahankan merupakan stimulus umum pada bunuh diri (Muhith, A, 2015).

Kehidupan sehari-hari manusia tidak bisa lepas dari stres, stres adalah respon tubuh yang sifatnya non spesifik terhadap setiap tuntutan beban pada diri individu. Dalam literatur tentang bunuh diri, stres sering dikaitkan dengan peristiwa kehidupan negatif atau pengalaman negatif kehidupan. Ada berbagai stresor kerja dan hidup yang terkait, seperti sebagai peristiwa stres kehidupan, kehilangan, pengangguran, dan stressor lingkungan lainnya yang dapat dikaitkan dengan keinginan bunuh diri. Penelitian telah mengindikasikan bahwa stres secara positif terkait dengan ide bunuh diri. Masalah yang dialami adalah bagaimana hidup beradaptasi dengan stres tanpa harus mengalami distress, karena distress dapat berdampak pada psikologis seperti kecemasan dan depresi. Interaksi berbagai aspek stres memiliki potensi untuk sulit membuat manajemen stres dan memiliki potensi untuk menyebabkan keinginan bunuh diri (Ibrahim *et al.* 2014).

Berikutnya adalah kecemasan, dimana kecemasan merupakan gangguan alam perasaan yang ditandai dengan perasaan ketakutan atau kekhawatiran. Malik *et al.* (2014) meneliti hubungan antara kecemasan dan keinginan bunuh diri, ditemukan bahwa pasien dengan kecemasan lebih mungkin untuk memiliki ide bunuh diri, mencoba bunuh diri, dan

bunuh diri selesai dibandingkan dengan mereka yang tidak mengalami kecemasan.

Selanjutnya depresi merupakan gangguan alam perasaan yang ditandai dengan kemurungan dan kesedihan, kehilangan gairah hidup, perasaan tidak berguna, putus asa serta dapat muncul pikiran-pikiran tentang bunuh diri (Hawari, 2013). Depresi merupakan penyebab utama daribunuh diri pada remaja (Townsend, 2011). Bukti dari psikologis otopsi menunjukkan bahwa, pada saat bunuh diri atau mencoba bunuh diri, beberapa orang menderita depresi. Depresi dapat dikaitkan dengan perasaan putus asaindividu, tidak berdaya, dan kurangnya dukungan sosial dan keterampilan mengatasi ketika mereka menghadapi kesulitan dan pengalaman stres dikehidupan (Ibrahi, et. al 2014). Depresi juga dapat menjadi respon dari kehilangan orang tua, saudara, teman atau berakhirnya hubungan dengan kekasih (Townsend, 2011)

Ketidakterdayaan atau putus asa, didefinisikan sebagai sistem skema kognitif yang merupakan denominator umum pada harapan negatif tentang masa depan (Beck et al, 1974), juga dilaporkan sebagai prediktor penting bunuh diri, percobaan bunuh diri dan ide bunuh diri di berbagai populasi (Hughes & Neimeyer, 1993; Cox *et al.* 2004; Wen-Hung *et al.* 2004; Hawton *et al.* 2005; Stewart *et al.* 2005 dalam Shahr. G, *et al* 2006).

Terdapat kejadian yang tinggi pada pengguna alkohol dan penggunaan narkoba dengan perilaku bunuh diri. pedoman praktik menyatakan bahwa alkoholisme meningkatkan tingkat penyelesaian bunuh diri dengan enam

kali dibandingkan dengan yang terlihat pada populasi umum. alkohol merupakan faktor risiko yang kuat untuk bunuh diri, dan hadir dalam 25% sampai 50% dari individu yang selesai bunuh diri.

Obat berkontribusi pada keputusan yang buruk dan impulsif yang mengarah pada risiko tinggi perilaku merusak diri. Persentase yang tinggi dari alkohol dan kecelakaan mobil terkait penggunaan obat di kalangan remaja sebagai usaha bunuh diri. Sebuah studi yang dilakukan untuk mengeksplorasi tabrakan kendaraan bermotor sebagai sarana menyelesaikan bunuh diri, penelitian ini menunjukkan bahwa perilaku menyakiti diri merupakan faktor risiko independen yang mengakibatkan beberapa kecelakaan kendaraan (Fortinash & Worret, 2012).

2. Faktor keluarga

Hubungan orang tua dan remaja dapat mempengaruhi perilaku bunuh diri, dimana adanya disfungsi keluarga dan riwayat bunuh diri remaja. Sebagai contoh, remaja dapat dicegah untuk melakukan percobaan bunuh diri dengan sikap peduli dan membentuk hubungan yang baru dengan anak remaja (Stuart, 2013). Riwayat anggota keluarga dengan perilaku bunuh diri dimana risiko bunuh diri pada remaja laki-laki secara bermakna dikaitkan dengan riwayat kematian ayah yang bunuh diri. Sebaliknya, risiko kematian bunuh diri pada remaja perempuan secara bermakna dikaitkan dengan riwayat ibu yang bunuh diri (Cheng. J, *et al.*2013). Pengurangan jumlah faktor risiko orangtua secara signifikan mengurangi

risiko usaha bunuh diri diketurunan selanjutnya (Christiansen. E. et.al 2011).

Pengetahuan seseorang yang memiliki perilaku bunuh diri secara signifikan meningkatkan risiko tindakan serupa. Pengetahuan pribadi dari seseorang yang berusaha bunuh diri meningkat secara signifikan sama dengan risiko bunuh diri. Dapat dikatakan bahwa fakta-fakta berkaitan dengan upaya bunuh diri individual (misalnya secara detail dari bagaimana metode itu digunakan, kelanjutan luka, peristiwa yang terjadi setelah upaya bunuh diri) dapat ditularkan kepada orang lain, yang kemudian mendapat model perilaku dan mengamati bagaimana orang lain menanggapi dan membicarakan setelah usaha bunuh diri dilakukan (De Leo, *et al.* 2005).

Hasil lain dari penelitian Bertera. M. E (2007) menunjukkan bahwa untuk anggota keluarga atau teman dekat bunuh diri, perilaku bunuh diri perilaku direkam selama rentang hidup yang lebih sering daripada yang dilaporkan dalam periode 12 bulan sebelumnya (prevalensi ide bunuh diri, rencana, dan upaya adalah 12,1%, 2,2%, dan 0,4%), dalam wawancara ide bunuh diri di kalangan remaja lebih tinggi pada perubahan sosial yang negatif dari anggota keluarga.

3. Faktor lingkungan

Masalah disekolah, penularan perilaku bunuh diri diantara kelompok sebaya, kurangnya dukungan orang tua, permasalahan dengan teman dan riwayat pelecehan seksual menjadi bagian dari faktor lingkungan terhadap risiko bunuh diri pada remaja (Stuart, 2013). Sementara Zimet, *et al.*

(2016) menyebutkan bahwa keluarga, teman dan seseorang yang special merupakan tiga sumber khusus bagi dukungan sosial.

Penelitian David, *et al.* (2006) didapatkan bahwa pada perempuan terdapat hubungan yang positif pada tingkat dukungan sosial yang dirasakan dari keluarga, orang lain dan teman-teman. Pada laki-laki, tingkat keluarga dan orang lain terdapat hubungan yang positif terkait satu sama lain, tapi tidak terkait dengan dukungan dari teman-teman. Bertengkar dengan pasangan, bertengkar dengan anggota keluarga yang lain, bertentangan dengan teman atau tetangga, kesulitan keuangan keluarga, dan penyakit serius secara independen terkait dengan percobaan bunuh diri (Zhang *et al.* 2013). Penelitian Cho, Yet *al.* (2010) mengungkapkan bahwa kelompok remaja yang tidak tinggal bersama orangtua memiliki tingkat stres kehidupan yang lebih tinggi, kesusahan, gejala psikologis dan keinginan bunuh diri.

Zhang, J & Zhou, L (2011) menyebutkan bahwa anggota keluarga bunuh diri lebih dipengaruhi oleh kematian bunuh diri yang sebelumnya namun, ada dua penjelasan dari perbedaan yang diamati. Salah satunya adalah "penularan" efek yang mengikuti anggota keluarga atau teman dekat menjadi lebih menerima perilaku bunuh diri. Penjelasan lain adalah bahwa risiko bunuh diri merupakan percobaan kelompok yang lebih dulu bunuh diri, sebagai hasil berbagi bersama dengan lingkungan yang tidak menyenangkan.

Hasil penelitian Pisani, *Aet al.* (2012) didapatkan sampel siswa dengan ide bunuh diri sebanyak 13,9% telah serius mempertimbangkan bunuh diri dalam 12 bulan terakhir, 22,8% telah memberitahu orang dewasa tentang ide bunuh diri mereka dan 29,4% melaporkan bahwa mereka mencoba untuk mendapatkan bantuan. Siswa dengan ide bunuh diri dua kali lebih mungkin untuk mengungkapkan ide bunuh diri mereka kepada teman sebaya (54%) dibandingkan dengan orang dewasa (23%).

4. Faktor biologis

Keluhan somatik seperti: sakit kepala menjadi bagian dari faktor biologis pada risikobunuh remaja (Stuart, 2013). *Chronic Daily Headache* (CDH) mengacu pada sekelompok gangguan di mana sakit kepala terjadi 15 hari atau lebih per bulan untuk setidaknya 3 bulan dan termasuk: *chronic migraine* (CM), migrain dengan atau tanpa aura dan migren auratanpa sakit kepala, *chronic tension-type headache*(CTTH),*hemicrania continua* (HC), dan sakit kepala terus-menerus setiap hari. Usaha bunuh diri lebih sering pada klien yang menderita migrain dibandingkan pada populasi umum, terutama pada perempuan(Pompili, M *et al.* 2009).

Penelitian Filippis, D.S *et al.* (2008) menemukan bahwa risiko bunuh diri memainkan peran sentral dalam mempengaruhi kualitas kehidupan seorang klien. Studi ini juga melaporkan tentang temperamen pada klien yang menderita sakit kepala harian kronis dengan penyalahgunaan obat sakit kepala. CDH merupakan sumber bencana yang besar, dengan penurunan nilai kesenangan dan kegiatan bekerja. Penurunan kualitas

hidup dapat mengakibatkan putus asa dan keinginan bunuh diri dapat dengan mudah muncul.

Terdapat banyak dari perilaku bunuh diri tanpa memiliki diagnosa psychiatric tapi dalam emosional yang besar dan hanya ingin mengakhiri rasa sakit, demikian pula individu yang menderita sakit fisik (Patel *et al.*2012).

5. Faktor riwayat bunuh diri sebelumnya

Upaya bunuh diri sebelumnya, memberikan benda berharga, membicarakan tentang bunuh diri, menulis catatan atau puisi tentang kematian menjadi faktor resiko bunuh diri. Riwayat upaya bunuh diri sebelumnya oleh individu meningkatkan risiko bunuh diri. Risikopengulangan tertinggi dalam 3 sampai 6 bulan pertama setelah usaha bunuh diri, tapi tetap secara substansial meningkatdari populasi umum selama minimal 2 tahun(Goldston *et al.*, 1999; Lewinsohn *et al.*, 1996 dalam Bridge, A. *et al.* 2006). Dua tahun pertama setelah upaya bunuh diri merupakan periode risiko tinggi, terutama tiga bulan pertama (Videbeck, 2008).

6. Faktor Orientasi seksual

Rata-rata percobaan bunuh diri berhasil pada kelompok remaja gay, lesbian,dan biseksual. Penyebab dapat karena stres dankesepian yang dialami karena orientasi seksual yang dimiliki. Stigma penolakan orang tua dan kurangnya penerimaan sosial sebagai alasan lain tingginya angka bunuh diri pada kelompok ini (Stuart, 2013). Menurut model stres

minoritas prasangka yang berlebihan, stigma, dan diskriminasi yang dihadapi oleh individu minoritas seksual menyebabkan peningkatan masalah kesehatan mental pada populasi ini dan peningkatan risiko akibat bunuh diri (O'Donnell, S. *et al.* 2011).

Hasil penelitian Stone, D.M., *et al.* (2014) terlepas dari ukuran orientasi seksual yang digunakan, *Sexual Minority Youths* (SMY) merupakan subkelompok yang paling banyak meningkatkan kemungkinan *Suicide Risk Outcomes* (SROs).

D. Ide Bunuh Diri

Ide bunuh diri atau berpikir tentang bunuh diri tanpa maksud yang jelas, menempatkan seseorang pada risiko yang lebih rendah daripada orang yang berniat atau mengemukakan untuk mati melalui tindakan bunuh diri. Ada dua kategori niat: disadari dan tanpa disadari. Niat bunuh diri yang disadari melibatkan berbagai aspek kesadaran: kesadaran yang keluar dari hasil antisipasi perilaku bunuh diri, kesadaran adanya tanggapan orang lain terhadap ancaman dari upaya bunuh diri, kesadaran petunjuk mematikan dari metode yang dipilih, kesadaran kemungkinan penyelamatan (yaitu, bagian dari rencana termasuk berbagai kesempatan penyelamatan, atau rencana penyelamatan yang dirancang sedemikian sulit atau sedikit.

Sementara niat bunuh diri tidak sadar seringkali lebih sulit untuk dinilai, karena memerlukan tingkat keterampilan dan pengetahuan tentang tanda dan gejala yang merupakan ciri khas dari dinamika merusak diri:

depresi, kecemasan, rasa bersalah, putus asa, permusuhan dan ketergantungan, bersama dengan fantasi yang simbolik dari kematian, melukai lainnya, membunuh diri sendiri, kegagalan dan keputusasaan. motivasi untuk melukai atau membunuh diri sendiri adalah diluar kesadaran, namun pasien sering mengungkapkan dengan perilaku yang memiliki risiko ekstrim (Fortinash & worret, 2012).

Ide bunuh diri merupakan bagian dari perilaku bunuh diri dimana Task Force for the National Institute of Mental Health's Center dari pusat studi pencegahan bunuh diri mengklasifikasikan tiga kategori perilaku bunuh diri yakni selesai bunuh diri, mencoba bunuh diri, dan ide-ide bunuh diri (Beck *etal.* 1979). Ide Bunuh diri mengacu pada pengalaman bahwa hidup adalah kehidupan yang tidak berharga, mulai dari fikiran sekilas hingga sebenarnya, pikiran tentang rencana untuk membunuh diri sendiri, atau suka merusak diri. Pikiran ini merupakan hal yang tidak biasa di kalangan anak muda. Diperkirakan bahwa antara 22% dan 38% dari remaja berpikir tentang bunuh diri di beberapa waktu dalam hidup mereka, antara 12% dan 26% pelaporan telah memiliki pengalaman pada tahun sebelumnya (Nock, M., Borges, G., Bromet, E. *et al.* 2008; dalam Scanlan, F., Purcell, R., 2009).

Hasil Penelitian De Leo, *et al.* (2005), didapatkan bahwa dua kemungkinan rencana perkembangan pikiran bunuh diri dan perilaku bunuh diri dari waktu ke waktu. Dari 300 peserta hanya 20,0% dari rencana bunuh diri dan mencoba bunuh diri melaporkan bahwa perkembangan proses bunuh diri dengan keparahan semakin meningkat dalam jangka waktu yang lebih

panjang. Sebaliknya, 57,1% dari peserta menyatakan bahwa proses bunuh diri tidak terus-menerus, tetapi berfluktuasi tidak teratur sebelum mencoba bunuh diri atau akhirnya mencoba bunuh diri. Hanya 0,8% bunuh diri mencoba bunuh diri melaporkan tidak ada ide bunuh diri sebelumnya atau rencana bunuh diri (De Leo, *et al.* 2005).

Ide bunuh diri secara logis lebih dulu dari percobaan bunuh diri atau selesai bunuh diri, sehingga dirasa tepat untuk fokus pada intensitas, penyebaran, dan karakteristik dari ide bunuh diri dan dapat menilai niat bunuh diri sebagai prediksi yang berpotensi memiliki risiko bunuh diri nantinya (Beck, Kovacs & Weissment, 2006). Individu dengan ide bunuh diri adalah individu yang saat ini memiliki rencana dan keinginan untuk bunuh diri, tetapi tidak dengan jelas melakukan usaha bunuh diri dalam beberapa waktu terakhir (Beck, Kovacs & Weissment, 2006).

Hasil penelitian Jonas, *et al* (2014) yang dilakukan di India menyebutkan bahwa upaya bunuh diri dilaporkan oleh 4,2% individu dan pikiran untuk bunuh diri selama 6 bulan terakhir oleh 5,1% individu. Hasil Penelitian lain yang dilakukan oleh Maniam *et al* (2014) di Malaysia diperkirakan prevalensi untuk ide bunuh diri, rencana dan upaya bunuh diri masing-masing adalah 1,7% , 0,9% dan 0,5%. Usia 16-24 tahun memiliki risiko yang lebih tinggi dari perilaku terhadap bunuh diri (Maniam *et al.* 2014).

Mayoritas pemuda yang mengalami ide bunuh diri tidak akan mengakhiri kehidupan mereka sendiri, namun setiap laporan ide bunuh diri

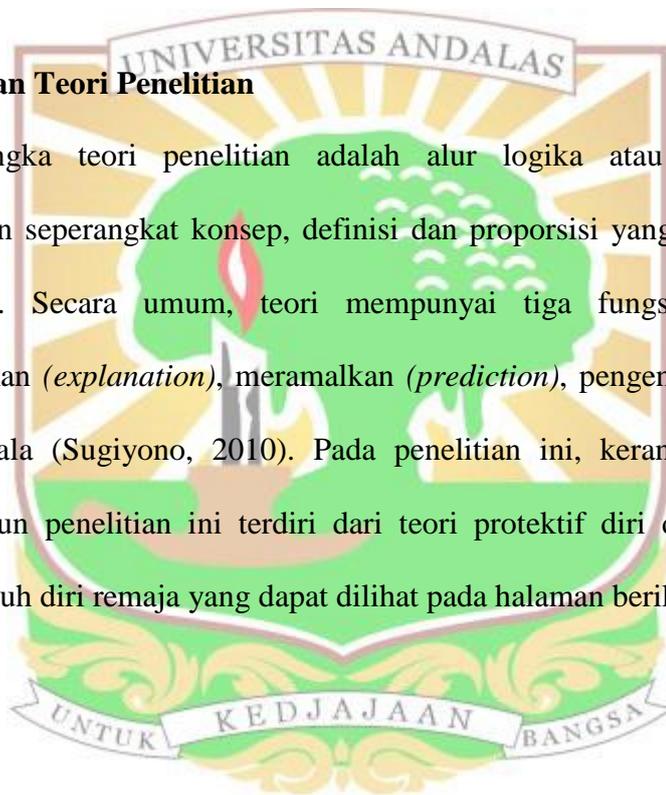
harus ditanggapi dengan serius. Bahkan ketika itu ringan dan hanya dilaporkan pada satu kesempatan, ide bunuh diri telah ditemukan terkait dengan gejala klinis yang signifikan dari depresi. Selanjutnya, pemuda yang gigih memiliki ide bunuh diri yang kuat berada pada peningkatan risiko mencoba bunuh diri yang meningkat. Bukti menunjukkan bahwa hubungan antara keinginan bunuh diri dan usaha bunuh diri dimediasi oleh beban faktor risiko psikososial yang diungkapkan remaja. Pemuda mengalami ide bunuh diri dengan tidak adanya faktor risiko lain termasuk berisiko rendah, sedangkan yang sedang memiliki ide bunuh diri meningkatkan paparan beberapa faktor risiko yang berisiko tinggi. Percobaan bunuh diri sebelumnya adalah faktor risiko yang paling menonjol untuk pemuda yang kemudian meninggal karena bunuh diri (Hider P., 1998; Fergusson, D. and Lynskey, M. 1995 dalam Scanlan, F., Purcell, R., 2009).

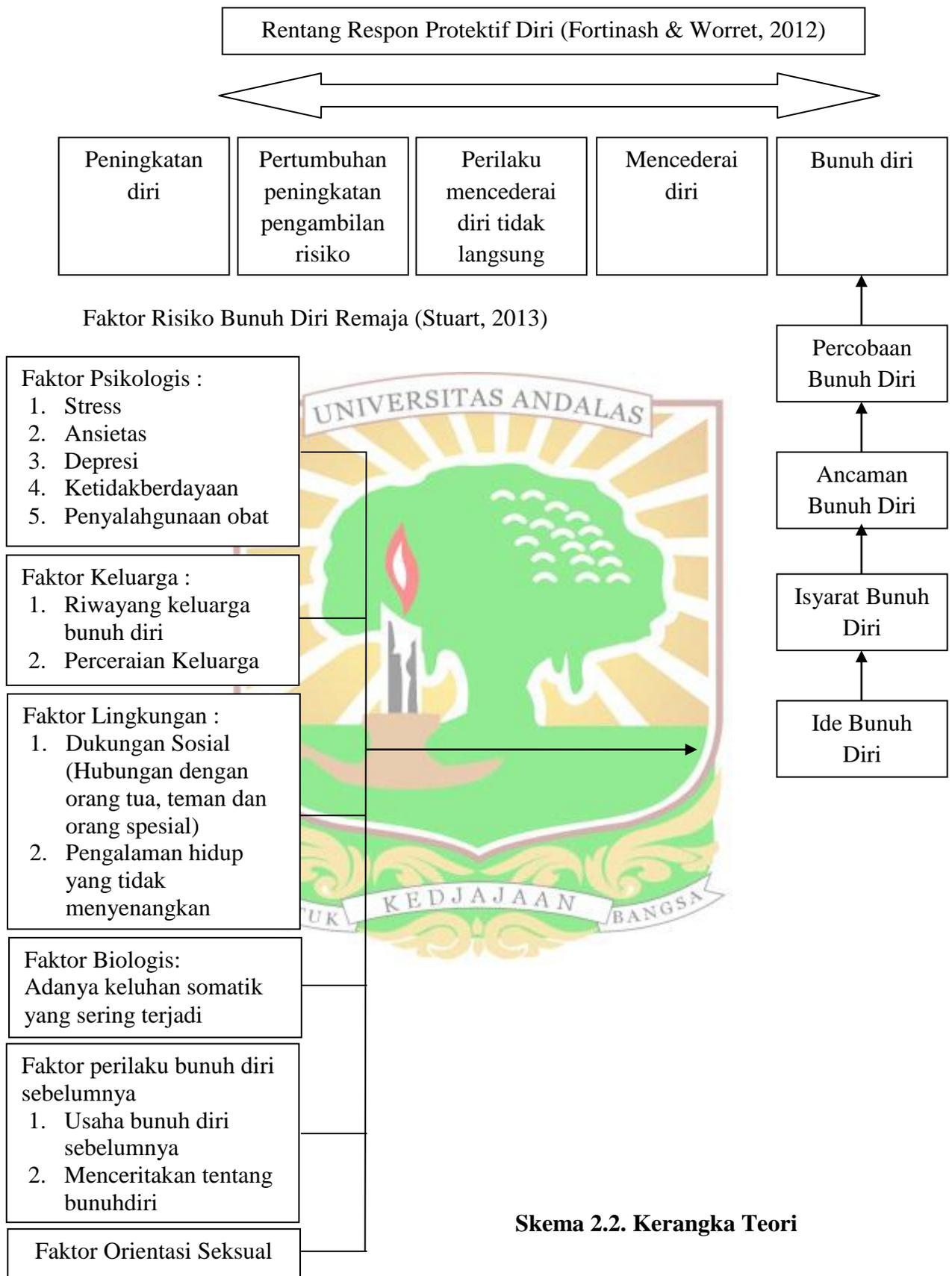
Penelitian Zhang, J & Zhou, L (2011) didapatkan bahwa individu dengan anggota keluarga atau teman dekat yang bunuh diri 1,8 kali lebih mungkin untuk berpikir tentang bunuh diri, 2,4 kali lebih kemungkinan untuk merencanakan bunuh diri, dan 1,5 kali lebih mungkin untuk memiliki upaya bunuh diri. Kehilangan orang yang dicintai karena bunuh diri juga merupakan faktor risiko penting. Individu mengungkapkan tentang bunuh diri 2,9 kali lebih mungkin untuk berpikir tentang bunuh diri, 4.1 kali lebih mungkin untuk merencanakan bunuh diri. Penelitian ini menunjukkan bahwa anggota keluarga lebih dipengaruhi oleh kematian bunuh diri dari teman-teman dekat.

Hasil penelitian De Leo, *et al.* (2005) menunjukkan bahwa lebih banyak pelaku percobaan bunuh diri memiliki kenalan seseorang yang meninggal karena bunuh diri dan telah sangat banyak terpengaruh oleh itu dari pada seseorang yang memiliki ide bunuh diri. Demikian pula, orang dengan perilaku bunuh diri lebih sering pada seseorang yang mengenal orang yang mencoba bunuh diri dari pada orang yang memiliki ide bunuh diri.

E. Kerangka Teori Penelitian

Kerangka teori penelitian adalah alur logika atau penalaran yang merupakan seperangkat konsep, definisi dan proporsisi yang disusun secara sistematis. Secara umum, teori mempunyai tiga fungsi, yaitu untuk menjelaskan (*explanation*), meramalkan (*prediction*), pengendalian (*control*) suatu gejala (Sugiyono, 2010). Pada penelitian ini, kerangka teori yang membangun penelitian ini terdiri dari teori protektif diri dan teori faktor risiko bunuh diri remaja yang dapat dilihat pada halaman berikut.



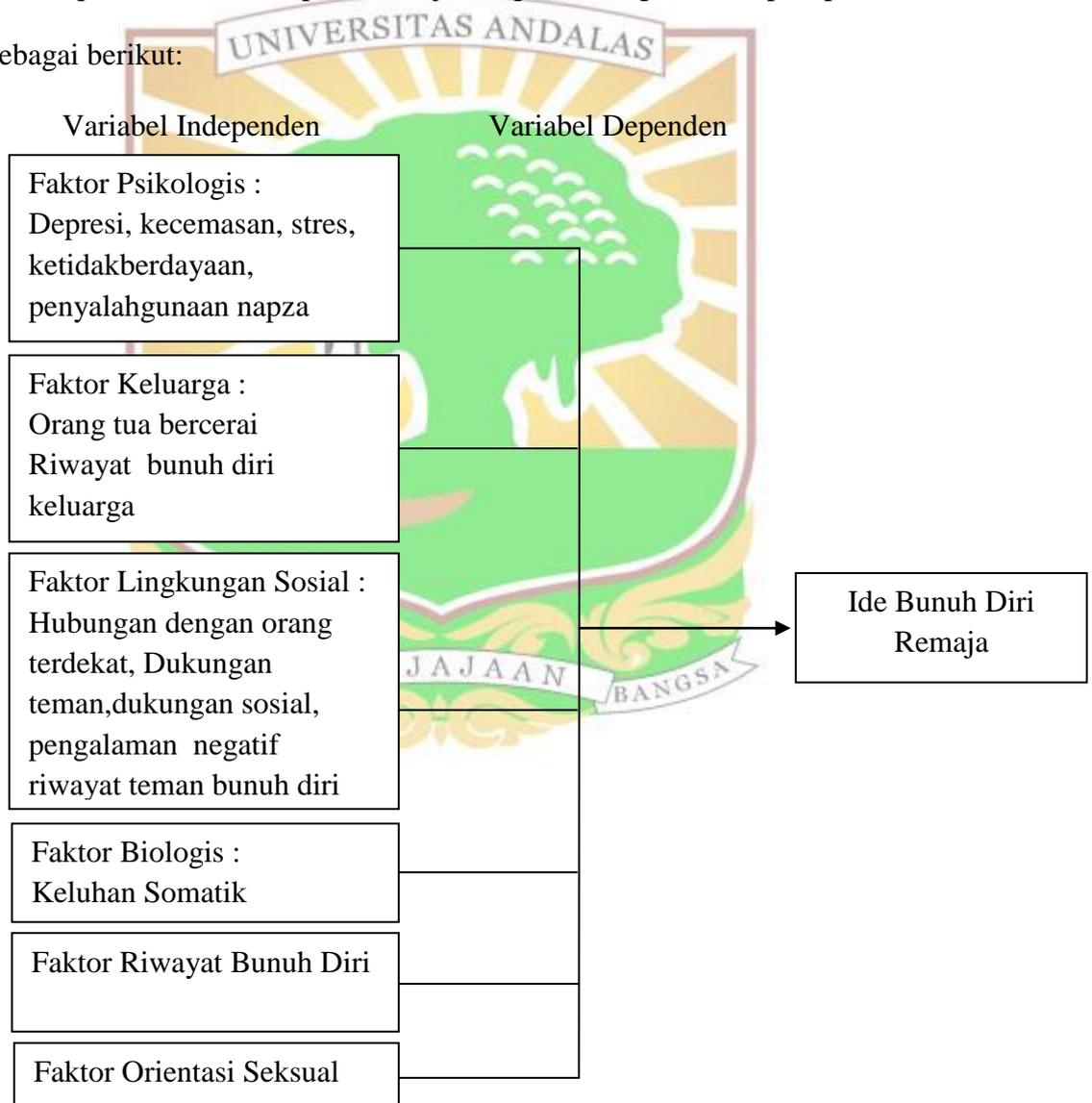


BAB III

KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

A. Kerangka Konsep

Pada penelitian ini, kerangka konsep terdiri dari konsep faktor risiko bunuh diri sebagai variabel independen dan ide bunuh diri sebagai variabel dependen. Pada penelitian ini melihat hubungan faktor risiko bunuh diri terhadap ide bunuh diri pada remaja. Bagan kerangka konsep dapat dilihat sebagai berikut:



Skema 3.1 Kerangka Konsep

A. Hipotesis Penelitian

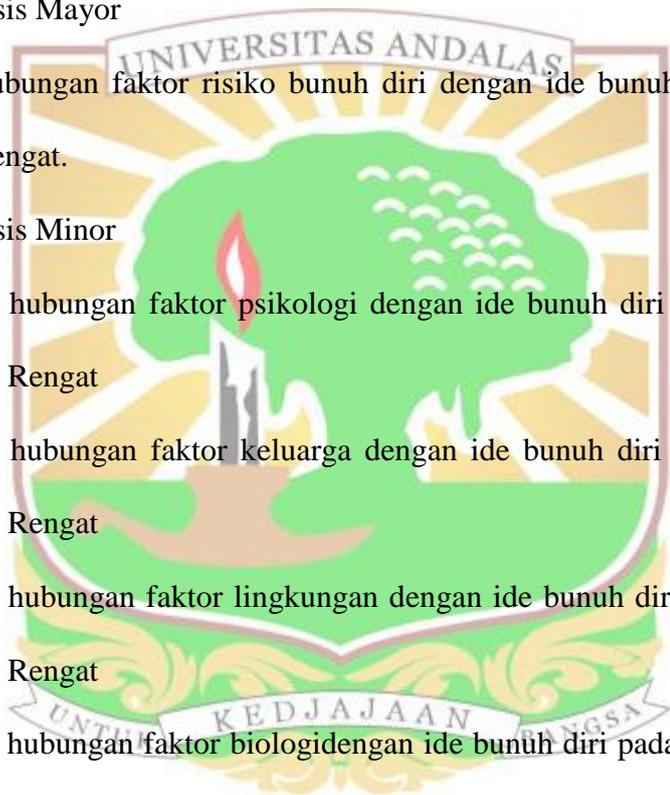
Hipotesis penelitian menurut Sugiyono (2011), hipotesis merupakan jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian. Hipotesis dikatakan sementara karena jawaban yang diberikan baru didasarkan pada teori. Hipotesis dirumuskan atas dasar kerangka pikir yang merupakan jawaban sementara atas masalah yang dirumuskan. Hipotesis penelitian ada dua yaitu:

1. Hipotesis Mayor

Ada hubungan faktor risiko bunuh diri dengan ide bunuh diri remaja di kota Rengat.

2. Hipotesis Minor

- a. Ada hubungan faktor psikologi dengan ide bunuh diri pada remaja di kota Rengat
- b. Ada hubungan faktor keluarga dengan ide bunuh diri pada remaja di kota Rengat
- c. Ada hubungan faktor lingkungan dengan ide bunuh diri pada remaja di kota Rengat
- d. Ada hubungan faktor biologis dengan ide bunuh diri pada remaja di kota Rengat
- e. Ada hubungan faktor riwayat bunuh diri dengan ide bunuh diri pada remaja di kota Rengat
- f. Ada hubungan faktor orientasi seksual dengan ide bunuh diri pada remaja di kota Rengat



B. Definisi Operasional

Definisi operasional merupakan definisi kerja berdasarkan definisi yang dibuat oleh peneliti. Definisi operasional untuk variabel dependen dan variabel independen pada penelitian ini dapat dilihat pada tabel 3.1 di halaman berikut:

Tabel 3.1 Definisi Operasional Faktor Risiko Bunuh Diri dengan Ide Bunuh Diri pada Remaja di Kota Rengat 2016

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
A	Variabel Dependen Ide Bunuh Diri	Pikiran untuk menghilangkan nyawanya sendiri	Pengisian Kuisisioner Instrument B : ide bunuh diri	Menggunakan Skala ide bunuh diri. <i>Scale of suicidal Ideation.</i>	Tinggi \geq median Rendah \leq median (4,00)	Ordinal
B	Variabel Independen					
	1. Faktor Psikologis					
	a. Depresi	Kondisi status mental umum remajayang ditandai dengan tidak bersemangat, bersedih, tidak bahagia	Pengisian Kuisisioner D : Depresi item no 1,2,4,6,7,8,9,11,12,14,15,18,19,20	Menggunakan <i>Depression Anxiety Stress Scale 21-item version (DASS-21)</i>	Tinggi \geq median Rendah \leq median (22,00)	Ordinal
	b. Ansietas	Adanya perasaan khawatir terhadap sesuatu yang belum terjadi	Pengisian Kuisisioner D : Ansietas item no 1,3,5,6,8,10,11,12,13,14,16,17,18,21	Menggunakan Skala ketidakterdayaan <i>Beck's Hopelessness Scale</i>	Tinggi \geq median Rendah \leq median (18,00)	Ordinal
	c. Stres	Kondisi dimana tubuh mengalami kelelahan dan kecemasan	Pengisian Kuisisioner D : Stres item no 2,3,4,5,7,9,10,13,15,16,17,19,20,21	Menggunakan <i>Depression Anxiety Stress Scale 21-item version (DASS-21)</i>	Tinggi \geq median Rendah \leq median (18,00)	Ordinal
	d. Ketidakterdayaan	Kondisi yang dirasakan dimana tidak ada kemampuan menghadapi masalah dan tidak ada harapan masa depan	Pengisian Kuisisioner Instrument C : Ketidakterdayaan	Menggunakan <i>Depression Anxiety Stress Scale 21-item version (DASS-21)</i>	Tinggi \geq median Rendah \leq median (16,00)	Ordinal

Tabel 3.1 Lanjutan

e. Penyalahgunaan obat-obatan	Penggunaan narkotikadan zat adiktif berbahaya	Instrument A : pertanyaan adanya penyalahgunaan obat-obatan	Mengisi instrument A dalam bentuk pertanyaan tertulis	1 . Ada penyalahgunaan obat-obatan 2. Tidak ada penyalahgunaan obat-obatan	Ordinal
2. Faktor Keluarga				1 . Ya 2. Tidak	Ordinal
a. Perceraian orang tua	Perpisahan/putusnya hubungan perkawinan kedua orangtua baiksecara hukum agama maupun negara	Instrument A : pertanyaan perceraian keluarga	Mengisi Instrumen A dalam bentuk pertanyaan tertulis		
b. Keluarga dengan riwayat bunuh diri	Adanya anggota keluarga yang memiliki hubungan darah maupun karena perkawinan pernah melakukan tindakan bunuh diri	Instrument A : pertanyaan riwayat anggota keluarga melakukan bunuh diri sebelumnya	Mengisi Instrumen A dalam bentuk pertanyaan tertulis	1 . Ada riwayat bunuh diri keluarga 2. Tidak ada riwayat bunuh diri keluarga	Ordinal
3. Faktor Lingkungan					
a. Hubungan dengan orang terdekat	Interaksi kehidupan sehari-hari dan sosial dengan orang terdekat	Instrument E : Dukungan orang terdekat 1,2,5,10	Menggunakan <i>MultidimensionalScale of Perceived Social Support (MSPSS)</i>	Tinggi \geq median Rendah \leq median (6,00)	Ordinal
b. Hubungan dengan teman	Interaksi kehidupan sehari-hari dan sosial dengan teman	Instrument E : Dukungan teman 6,7,9,12	Menggunakan <i>MultidimensionalScale of Perceived Social Support (MSPSS)</i>	Tinggi \geq median Rendah \leq median (8,00)	Ordinal
c. Dukungano rang tua	Interaksi kehidupan sehari-hari dan sosial dengan orang tua	Instrument E : Dukungan orang tua 3,4,8,11	Menggunakan <i>MultidimensionalScale of Perceived Social Support (MSPSS)</i>	Tinggi \geq median Rendah \leq median (7,00)	Ordinal

Tabel 3.1 Lanjutan

d. Pengalaman yang tidak menyenangkan dalam hidup	Segala sesuatu yang terjadi selama hidup yang membuat bersedih dan tidak bisa dilupakan	Instrument A : Pengalaman negatif	Mengisi Instrumen A dalam bentuk pertanyaan tertulis	1 . Ya ada pengalaman negatif 2. Tidak ada pengalaman hidup negatif	Nominal
e. Riwayat teman dengan bunuh diri	Memiliki teman dengan riwayat bunuh diri	Instrument A : Pengalaman negatif	Mengisi instrumen A dalam bentuk pertanyaan tertulis	1 . Ada 2. Tidak ada	Nominal
3. Faktor Biologis	Adanya perubahan kondisi fungsi tubuh dengan keluhan seperti sakit kepala, nyeri perut yang berulang	Instrument A : keluhan fisik	Mengisi instrument A dalam bentuk pertanyaan tertulis	1 . Ya ada keluhan fisik 2. Tidak ada keluhan fisik	Nominal
4. Perilaku bunuh diri Sebelumnya	Pengalaman melakukan bunuh diri yang pernah dilakukan	Instrument A: riwayat usaha bunuh diri sebelumnya	Mengisi instrumen A dalam bentuk pertanyaan tertulis	1 . Ya ada usaha bunuh diri sebelumnya 2. Tidak ada usaha bunuh diri sebelumnya	Nominal
5. Orientasi Seksual	Adanya kekeliruan terhadap penilaian seksual/gender	Instrumen A: disorientasi seksual	Mengisi instrumen A dalam bentuk pertanyaan tertulis	1. Ya ada 2. Tidak ada	Nominal



Definisi operasional untuk variabel karakteristik pada penelitian ini dapat dilihat pada tabel 3.2 di halaman berikut :

Tabel. 3.2 Definisi Operasional Variabel Karakteristik

No	Variabel Karakteristik	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
1.	Usia	Jumlah tahun yang dihitung sejak tanggal lahir hingga tahun terakhir pada saat pengambilan data	Instrumen A : data demografi	Mengisi data demografi	12-16 tahun 17-25 tahun	Ordinal
2.	Jenis Kelamin	Identitas seksual yang ditunjukkan dengan ciri-ciri fisik	Instrumen A : data demografi	Mengisi data demografi	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal



BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian non-eksperimental dengan pendekatan kuantitatif, analisis korelasi. Dengan desain *cross sectional study* yaitu pengukuran variabel dependen dan variabel independen dilakukan dalam waktu bersamaan. Penelitian analitik korelasi digunakan karena peneneliti ingin mendapatkan gambaran masing-masing variabel penelitian dan menghubungkan dua variabel dan sub variabel masing-masing variabel dengan analisis korelasi serta dengan melakukan penelitian sesaat pada waktu tertentu saja (Sastroasmoro, 2011).

Pada penelitian ini melihat hubungan antara faktor psikologis (ketidakberdayaan, depresi, kecemasan, stress), faktor keluarga (anggota keluarga dengan riwayat bunuh diri), faktor lingkungan (dukungan sosial), faktor biologi (keluhan sakit kepala), faktor riwayat bunuh diri dan faktor orientasi seksual sebagai variabel *independent* dan ide bunuh diri remaja sebagai variabel *dependen*.

B. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah remaja SMP dan SMA di Rengat dengan jumlah 3748 siswa/i, dimana siswa SMA N 2 sebanyak 569 orang, SMKN 1 sebanyak 641 orang, SMAN 2 sebanyak 399 orang, SMA PGRI

91 sebanyak orang, SMA Muhammadiyah sebanyak 40 orang, SMP N 1 sebanyak 546 orang, SMPN 2 sebanyak 421 orang, SMPN 3 sebanyak 281 orang, SMPN 4 sebanyak 481 orang, dan SMPN 5 sebanyak 280 orang.

2. Sampel Penelitian

Sampel penelitian ini adalah bagian dari populasi remaja yang ada di SMP dan SMA di Rengat dengan metode *proporsional simple random sampling* yaitu pengambilan sampel dengan cara acak. Kriteria sampel meliputi kriteria inklusi dan kriteria eksklusi, dimana kriteria tersebut menentukan dapat dan tidaknya sampel tersebut digunakan (Hidayat, 2009). Adapun kriteria sampel pada penelitian ini adalah:

a. Kriteria Inklusi

- 1) Remaja yang tinggal bersama keluarga/orang tua
- 2) Responden kooperatif

b. Kriteria Eksklusi

- 1) Remaja yang tidak bersedia menjadi responden
- 2) Remaja dengan cacat fisik
- 3) Responden yang tidak hadir pada hari pengambilan data
- 4) Responden yang tidak melengkapi data demografi

Penentuan jumlah sampel dalam penelitian dengan menggunakan rumus:

$$\eta = \frac{N}{1 + N(0,05)}$$

$$= \frac{3748}{1 + 3784(0,025)}$$

$$= \frac{3748}{10,37}$$

$$= 361,43$$

$$= 362$$

Keterangan : η = Besar sampel yang diinginkan
 N = Besar Populasi
 d^2 = Tingkat ketepatan absolut yang dicari yaitu 5%

Tabel 4.1 Sampel Penelitian

No	Nama Sekolah	Jumlah Siswa	Hitungan Sampel	Jumlah Sampel
1	SMAN 2	568	$568/3748 \times 362$	55
2	SMKN 1	641	$641/3748 \times 362$	62
3	SMAN 2	399	$399/3748 \times 362$	39
4	SMA PGRI	91	$91/3748 \times 362$	9
5	SMA Muhammadiyah	40	$40/3748 \times 362$	4
6	SMPN 1	546	$546/3748 \times 362$	53
7	SMPN 2	421	$421/3748 \times 362$	41
8	SMPN 3	281	$281/3748 \times 362$	28
9	SMPN 4	481	$481/3748 \times 362$	47
10	SMPN 5	280	$280/3748 \times 362$	27
	Jumlah	3748		365

C. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan dari bulan Maret sampai Juni 2016. Pengumpulan data penelitian dimulai pada tanggal 20 Mei 2016 s.d 08 Juni 2016. Peneliti dilakukan pada setiap sekolah sesuai dengan janji yang telah disepakati antara peneliti dan pihak sekolah. Maksimal satu hari peneliti melakukan penelitian pada dua sekolah.

D. Etika Penelitian

Peneliti mendekati, memperkenalkan diri dan menjelaskan identitas peneliti terlebih dahulu terhadap responden yang terpilih, kemudian menjelaskan tujuan penelitian sehingga responden dapat mengambil keputusan bersedia atau tidak menjadi responden (ANA, 2001 dalam Burn & Grove, 2009). Untuk mencegah timbulnya masalah etik maka dilakukan penekanan masalah etik yang meliputi :

1. *Right to Self Determination*

Individu mempunyai otonomi untuk membuat keputusan secara sadar dan bebas dari paksaan untuk berpartisipasi atau tidak dalam penelitian atau menarik diri sebelum penelitian selesai. Responden mempunyai hak untuk menanyakan semua hal terkait penelitian, menolak memberikan informasi dan menghentikan keikutsertaannya (Polit & Beck, 2010). Sebelum kuesioner diberikan pada subyek penelitian, peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian yang akan dilakukan serta dampak yang mungkin terjadi selama dan setelah pengumpulan data.

Untuk memenuhi hak tersebut maka peneliti menggunakan *Informed Consent* atau lembar persetujuan. Lembar persetujuan diberikan kepada responden yang memenuhi kriteria. Tujuannya adalah subyek mengetahui judul penelitian, tujuan penelitian, manfaat penelitian dan dampak yang diteliti selama pengumpulan data. Responden yang bersedia diteliti, maka mereka menandatangani lembar persetujuan tersebut di awal setelah penjelasan yang diberikan oleh peneliti, namun jika subyek penelitian

menolak untuk diteliti maka peneliti tidak memaksakan tetap menghormati hak-hak mereka yaitu menerima atau menolak menjadi responden.

Peneliti menjelaskan cara pengisian kuesioner kepada responden dalam setiap melakukan penelitian baik di SMP maupun di SMA dan memberikan kesempatan responden untuk bertanya mengenai hal yang tidak dipahami dalam pengisian *informed consent* maupun kuesioner dilakukan oleh responden dalam keadaan rileks dan terjaga kerahasiannya. Selama melakukan penelitian di SMP dan SMA sederajat, seluruh responden yang sudah diberikan penjelasan dan membaca *informed consent* yang diberikan seluruh responden menyetujui untuk diteliti sehingga peneliti dapat melanjutkan penelitian hingga selesai pengisian kuesioner.

2. *Right to Privacy and Dignity*

Individu mempunyai hak untuk dihargai terhadap apa yang kerjakan dan merahasiakan informasi yang didapatkan. Penelitian menjaga *privacy* responden dengan cara menghargai setiap data yang diberikan responden (Polit & Beck, 2010). Dalam penelitian ini peneliti tidak ikut campur dengan memberikan penilaian atas informasi yang didapat dari responden dan menghargai apapun jawaban yang diberikan oleh responden dengan jalan tidak menyebarkan ke orang lain.

Pada penelitian yang dilakukan di setiap SMP dan SMA sederajat peneliti selalu menjelaskan bahwa menjelaskan data yang telah diberikan

hanya digunakan oleh peneliti untuk kepentingan penelitian dan tidak akan berpengaruh terhadap penilaian di sekolah sehingga setiap responden dapat mengisi sesuai dengan keinginan peneliti dan responden dapat mengisi kuesioner sendiri tanpa diketahui orang lain. Peneliti tidak akan memaksa responden untuk memberikan informasi sesuai keinginan peneliti dan peneliti tidak memberikan informasi yang didapat kepada orang lain. Setiap kuesioner yang telah dikembalikan kepada peneliti setelah diperiksa kelengkapannya, peneliti langsung memasukkan kuesioner yang telah diisi ke dalam kotak yang telah disediakan dan langsung dibawa saat penelitian selesai.

3. *Right to Anonymity and Confidentiality*

Untuk menjaga kerahasiaan subyek penelitian, peneliti tidak mencantumkan namanya pada lembar pengumpulan data, cukup dengan memberikan nomor kode pada masing-masing lembar tersebut. Kerahasiaan semua informasi yang diperoleh dari subyek penelitian ini dijamin oleh peneliti dengan jalan tidak menyebarkan informasi yang didapat dari responden kepada orang lain yang tidak berhak. Pada penelitian ini setelah peneliti mendapatkan kuesioner yang telah diisi dan diperiksa kelengkapannya, peneliti langsung memasukkan ke dalam tempat yang sudah disediakan dan dibawa langsung oleh peneliti tanpa diketahui oleh responden lain maupun pihak sekolah apabila hasil yang telah diisi oleh responden.

Pada penelitian ini data yang sudah diperoleh oleh peneliti disimpan dan dipergunakan hanya digunakan oleh peneliti selama pengolahan data untuk pelaporan penelitian dan selanjutnya dimusnahkan.

4. *Right to Fair Treatment*

Setiap individu mempunyai hak yang sama untuk dipilih dalam penelitian dengan menghormati persetujuan yang telah disepakati. Dalam penelitian ini peneliti memperlakukan semua subyek yang sesuai dengan kriteria inklusi serta tidak membedakan subyek meskipun dari jenis kelamin dan pendidikan. Pada penelitian ini peneliti juga memberikan waktu yang sama dalam pengisian kuesioner untuk seluruh responden yakni selama 50 menit, dan hampir diseluruh sekolah yang dilakukan penelitian seluruh responden mengumpulkan kembali kuesioner sebelum waktu yang ditentukan habis. Peneliti juga memberikan kesempatan yang kepada setiap responden untuk menanyakan hal-hal yang kurang jelas baik tentang tujuan penelitian, maupun tentang pelaksanaan selama penelitian.

5. *Right to Protection from Discomfort and Harm*

Responden berhak mendapatkan perlindungan dari ketidaknyamanan dan bahaya atau kerugian selama penelitian. Resiko yang mungkin timbul akibat dari penelitian ini adalah timbulnya ketidaknyamanan pada remaja disekolah adalah terganggunya waktu dengan adanya pengambilan data yang dilakukan. Oleh karena itu peneliti akan melakukan penelitian diluar waktu belajar di sekolah, seperti halnya di SMK N 1 Rengat peneliti melakukan penelitian setelah pelaksanaan persamaan persepsi tentang

praktik magang sehingga penelitian dilakukan dilapangan tempat berkumpul mahasiswa saat pengarahan. Pada SMP 1 dan 3 peneliti melakukan penelitian dihari jumat pada jam bimbingan konseling siswa/i. Pada SMP 4 penelitian dilakukan di aula saat setelah selesai pelaksanaan halal bi halal disekolah. Pada SMP 2, SMP 4, SMP 5, SMA Muhammadiyah dilakukan setelah selesai ujian siswa/i. Pada SMA 1 dan SMA 2, dilakukan pada hari sebelum ujian semester sebelum kegiatan gotong royong. Pada SMA PGRI dilakukan penelitian disaat jam pengembangan minat dan bakat siswa.

E. Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpul data yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner. Kuesioner merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara memberikan lembaran pertanyaan yang akan dijawab oleh responden (Sugiyono, 2007). Instrument penelitian terdiri dari 5 bagian kuesioner A, B, C, D, E.

a. Instrument A

Instrument tentang data sosiodemografi responden, faktor penggunaan obat-obatan, riwayat keluarga dengan bunuh diri, riwayat percobaan bunuh diri, keluhan fisik (sakit kepala, nyeri perut) dan orientasi seksual.

b. Instrument B

Scale of Suicidal Ideation sebagai alat ukur tentang ide bunuh diri pada remaja yang diperkenalkan oleh Beck,et al (1979). Kuisisioner ini



terdiri dari 19 pertanyaan dengan nilai 0, 1 dan 2 terhadap setiap respon yang berbeda pada setiap pernyataan. Skor dihitung dengan cara menjumlahkan setiap nilai dengan skor minimal 0 dan maksimal 38. Semakin tinggi skor yang didapat menunjukkan semakin besar ide bunuh diri.

c. Instrument C

Instrument dalam mengukur ketidakberdayaan (hopeless) digunakan alat ukur kuisioner *Beck's Hopelessness Scale* (BHS) (Beck et al., 1974) dirancang untuk mengukur tiga aspek utama dari keputusan: perasaan tentang masa depan, kehilangan motivasi dan harapan. BHS terdiri dari 20 item pertanyaan untuk memutuskan tentang setiap kalimat apakah itu menggambarkan sikap untuk minggu terakhir termasuk hari itu. Jika pernyataan salah untuk diri responden, maka harus ditulis salah pada kolom berikutnya. Jika pernyataan itu benar untuk diri responden, harus ditulis benar pada kolom berikutnya. Ada tujuh item terbalik: 1, 5, 6, 8, 13, 15 dan 19. Skor 4-8 menunjukkan keputusan ringan, 9-14 sedang dan 15-20 keputusan yang parah.

d. Instrument D

Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS 21) adalah untuk menilai tingkat keparahan gejala inti dari Depresi, kecemasan dan stres. DASS dapat dikelompokkan menjadi tiga skala: Depresi (DASS-D), Kecemasan (DASS-A), dan Stres (DASS-S). Skala Depresi termasuk item yang mengukur gejala yang biasanya terkait dengan suasana hati (mis,

sedih atau tidak berharga). Skala kecemasan seperti Beck Anxiety Inventory (BAI), termasuk bagian-bagian yang terutama berhubungan dengan timbulnya gejala fisik, serangan panik, dan takut (misalnya gemetar atau pingsan). Terakhir, Skala Stres termasuk bagian yang mengukur gejala seperti ketegangan, mudah marah, dan kecenderungan bereaksi berlebihan untuk stres peristiwa-gejala yang tidak dinilai oleh BAI (Antony, 1998).

Depresi, kecemasan dan skala stres khususnya, untuk menilai stres sebagai indeks yang identik dengan efektifitas negatif (NA) merupakan hal yang terkait namun berbeda konsep (Henry, D. J, et al, 2005). Skala yang dimiliki setiap item ditandai dengan huruf D (Depression), A (Anxiety) dan S (Stress). Untuk setiap skala (D, A & S) jumlah skor untuk item diidentifikasi. skor akhir masing-masing kelompok Depresi, Kegelisahan dan Stres perlu dikalikan dua (x2).

e. Instrument E

Pada *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS) yang diperkenalkan oleh Zimet et. al (1988) merupakan instrument yang dapat digunakan untuk menjelaskan dan menambah manfaat untuk penjelasan tentang dukungan sosial. Instrument inilah dialih bahasa kedalam bahasa Indonesia, yang sebelumnya juga telah digunakan dalam penelitian Refnandes (2015). MSPSS dibuat untuk menilai persepsi dukungan sosial yang memadai dari tiga sumber khusus yaitu : keluarga, teman dan seseorang yang special. Terdapat 12 item yang menjelaskan

tentang dukungan sosial yang terdiri dari keluarga, teman dan seseorang yang spesial dimana masing-masing mendapat bagian empat pernyataan dari jumlah seluruh pertanyaan pada MSPSS.

F. Uji Instrument

Sebelum melakukan penelitian, peneliti terlebih dahulu melakukan uji coba kuesioner dengan kriteria yang sama dengan sampel. Uji Instrumen dilakukan untuk mengetahui tingkat validitas dan reabilitas kuesioner penelitian.

1. Uji Validitas

Uji validitas menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat mengukur apa yang ingin diukur. Untuk mengetahui validitas dari tiap pertanyaan dalam kuesioner dilakukan melalui ujikorelasi antara skor tiap-tiap item pernyataan dengan skor total kuesioner. (Machfoedz, 2009).

Uji validitas menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat mengukur apa yang ingin diukur. Untuk mengetahui validitas dari tiap pertanyaan dalam kuesioner dilakukan melalui uji korelasi antara skor tiap-tiap item pernyataan dengan skor total kuesioner. (Machfoedz, 2009).

Instrument untuk mengidentifikasi faktor risiko bunuh diri. Hasil uji validitas dan realibilitas instrument terhadap 30 responden didapatkan hasil sebagai berikut dengan $n=30$ (r tabel 0,361). Pertanyaan

Instrumen A semula berjumlah 12 pertanyaan setelah dilakukan uji validitas terdapat 2 pertanyaan yang tidak valid, sehingga dikeluarkan dan terdapat 10 pertanyaan yang valid pada instrument A untuk dilakukan penelitian. Seluruh pertanyaan pada setiap instrument B,C, D dan E memiliki nilai r hitung $>$ dari r tabel = 0,361 maka pernyataan tersebut valid. Terdapat 10 pertanyaan yang valid pada instrument A, 20 pernyataan valid pada instrument B, 19 pernyataan valid pada instrumen C, 12 pernyataan valid pada instrument D dan 21 pernyataan valid pada instrument E.

2. Uji Reliabilitas

Setelah pengujian validitas, selanjutnya dilakukan pengujian reliabilitas. Pengujian reliabilitas dilakukan guna memperoleh konsistensi pengukuran ulang. Pengujian reliabilitas dengan menggunakan cara *one shot* atau pengukuran sekali saja. Pengukurannya hanya sekali dan kemudian hasilnya dibandingkan dengan pertanyaan lain atau mengukur korelasi antar jawaban. Untuk mengetahui reliabilitas caranya adalah membandingkan nilai r hasil dengan r tabel. Bila hasil (angka korelasi) lebih dari nilai *cronbach alpha* (α) maka alat ukur dianggap reliabel (Machfoedz, 2009).

Pada Instrument A didapatkan nilai *Cronbach alpha* = 0,893, pada instrument B nilai *Cronbach alpha* = 0,913, pada instrument C nilai *Cronbach alpha* = 0,874, pada instrument D nilai *Cronbach alpha* = 0,851 dan pada instrument E nilai *Cronbach alpha* = 0,884. Dari

seluruh instrumen dapat diketahui seluruhnya reliabel karena memiliki nilai *Cronbach alpha* > dari nilai r tabel.

G. Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data pada penelitian ini dilakukan dalam beberapa tahap yaitu tahap persiapan dan tahap pelaksanaan. Prosedur tersebut dijabarkan pada halaman berikut :

1. Tahap Persiapan

Tahap ini peneliti mempersiapkan instrument yang akan digunakan pada penelitian. Pada tahapan ini penelitian juga mengurus izin tempat penelitian dengan mengajukan surat permohonan ijin penelitian dari Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Andalas surat tersebut ditujukan kepada Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Indragiri Hulu dan penelitian dilakukan setelah mendapat persetujuan.

2. Tahap Pelaksanaan

Setelah mendapatkan izin melakukan penelitian. Peneliti melakukan persamaan persepsi bersama tiga orang enumerator dalam penjelasan tujuan penelitian dan penggunaan instrument penelitian. Penelitian selanjutnya dilakukan pada remaja di lima SMP dan lima SMA di kota Rengat. Peneliti memberikan penjelasan penelitian pada responden mengenai tujuan, manfaat, gambaran singkat, peran yang diharapkan dari responden dan konsekuensi dari penelitian Penelitian

memberikan lembar *Informed consent* untuk ditandatangani oleh responden yang bersedia ikut serta dalam penelitian. Peneliti meminta kepada responden untuk mengisi kuisisioner.

Data dikumpulkan dari minggu ke ketiga Mei 2016 hingga minggu pertama Juni 2016. Hasil pengukuran faktor risiko bunuh diri diolah dan diinterpretasikan sesuai tujuan penelitian.

H. Pengolahan Data dan Analisis Data

1. Pengolahan Data

Proses pengolahan data yang dilakukan dalam penelitian ini pada saat kuisisioner telah terkumpul seluruhnya. Kuisisioner diolah menggunakan tahapan-tahapan *editing*, *coding*, *scoring processing* dan *cleaning* (Hastono, 2007; Notoatmojo, 2010). Proses *editing* dilakukan dengan memeriksa isian kuisisioner yang telah diisi oleh perawat untuk menilai kelengkapan isian dan jawaban. *Coding* dilakukan dengan member kode khusus pada tiap responden dan jawaban yang dipilih. *Scoring* dilakukan dengan memberikan nilai pada jawaban masing-masing variabel independen dan variabel dependen. *Processing* dilakukan dengan mengolah data pada program komputer. *Cleaning* dilakukan dengan memeriksa kembali kebenaran data yang telah dimasukkan kedalam komputer. Selanjutnya adalah analisis data.

2. Analisis Data

a. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk mendeskripsikan setiap variabel yang diukur dalam penelitian. Analisis univariat bertujuan untuk melihat distribusi frekuensi dan proporsi untuk data kategorik. Analisis univariat dilakukan pada data karakteristik remaja (umur, jenis kelamin, status keluarga), variabel dependen ide bunuh diri serta variabel independen faktor resiko bunuh diri meliputi : faktor psikologis (ketidakberdayaan, depresi, kecemasan dan stress), faktor keluarga, faktor biologis, faktor lingkungan sosial, faktor riwayat bunuh diri sebelumnya, faktor orientasi seksual.

b. Analisis Bivariat

Analisa dilakukan untuk mengetahui hubungan antara faktor resiko bunuh diri remaja dan ide bunuh diri. Nilai *Confidence interval* adalah 95% dengan tingkat kemaknaan 5% ($\alpha = 0,05$). Jika nilai $p \leq \alpha$ maka hipotesis ditolak yang artinya tidak ada hubungan antara kedua variabel (Hastono,2007). Analisis bivariat yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

Tabel 4.2 Analisis Bivariat

Variabel Independen	Variabel Dependen	Uji Statistik
Faktor Psikologis		
Ketidakberdayaan (Skala Ordinal)	Ide Bunuh Diri (Skala Ordinal)	<i>Chi Square</i>
Depresi, ansietas dan stress (Skala Ordinal)	Ide Bunuh Diri (Skala Ordinal)	<i>Chi Square</i>
Penyalahgunaan nafza (Skala Nominal)	Ide Bunuh Diri (Skala Ordinal)	<i>Chi Square</i>
Faktor Keluarga		
Riwayat anggota keluarga bunuh diri (Skala Nominal)	Ide Bunuh Diri (Skala Ordinal)	<i>Chi Square</i>
Faktor Lingkungan		
Dukungan Sosial : keluarga, teman (Skala Ordinal)	Ide Bunuh Diri (Skala Ordinal)	<i>Chi Square</i>
Faktor Biologi		
Keluhan somati: sakit kepala, nyeri perut (Skala Nominal)	Ide Bunuh Diri (Skala Ordinal)	<i>Chi Square</i>
Faktor riwayat bunuh diri sebelumnya (Skala Nominal)	Ide Bunuh Diri (Skala Ordinal)	<i>Chi Square</i>
Faktor Orientasi Seksual (Skala Nominal)	Ide Bunuh Diri (Skala Ordinal)	<i>Chi Square</i>

c. Analisis Multivariat

Analisa multivariat merupakan teknik analisis pengembangan dari analisis bivariat. Analisis multivariat bertujuan untuk melihat atau mempelajari hubungan beberapa variabel independent dengan satu atau beberapa variabel dependent (Hastono, 2007). Analisis dengan uji regresi logistik berganda (Hastono, 2007). Analisis multivariat dari penelitian ini menggunakan uji regresi logistik berganda karena variabel dependen berbentuk kategorik. Analisis multivariat dalam penelitian ini

meliputi analisis faktor resiko bunuh diri remaja sebagai variabel independen dan ide bunuh diri sebagai variabel dependen.

Metode yang digunakan dalam analisis multivariat adalah metode enter. Metode enter adalah metode yang tepat digunakan karena dalam pemodelan ini dapat melakukan pertimbangan aspek substansi. Metode enter dilakukan dengan memasukkan semua variabel independen dengan serentak satu langkah, tanpa melewati kriteria kemaknaan tertentu (Hastono, 2007).

Langkah pertama peneliti menyeleksi variabel mana yang layak masuk model uji multivariat. Masing-masing variabel independent dihubungkan dengan variabel dependen, bila hasil uji bivariat mempunyai nilai p value $< 0,25$ maka variabel tersebut masuk kedalam model multivariat.

Langkah kedua adalah pembuatan model analisis multivariat kedalam regresi logistik berganda yaitu memasukkan variabel yang layak dilakukan regresi berganda (variabel yang memiliki p value $< 0,25$). Setelah itu p value $> 0,05$ maka variabel tersebut dikeluarkan satu persatu. Pada penelitian terdapat satu variabel dengan nilai p value $< 0,05$, sehingga pemodelan tidak dilanjutkan dan didapatkan variabel faktor psikologis merupakan faktor yang paling dominan pada ide bunuh diri remaja di kota Rengat tahun 2016.

BAB V

HASIL PENELITIAN

Bab ini peneliti menguraikan hasil penelitian yang meliputi karakteristik responden, faktor risiko bunuh diri pada remaja yang diantaranya: faktor psikologis, faktor keluarga, faktor lingkungan, faktor biologi, faktor riwayat bunuh diri dan faktor orientasi seksual, hubungan faktor risiko bunuh diri dengan ide bunuh diri pada remaja. Berdasarkan penelitian yang dilakukan pada 365 remaja di Kota Rengat didapatkan hasil berdasarkan tujuan penelitian sebagai berikut:

A. Karakteristik Remaja di Rengat Tahun 2016

Variabel karakteristik responden terdiri dari dua sub variabel yaitu usia dan jenis kelamin. Kedua sub variabel merupakan data kategori yang dianalisis dengan proporsi. Secara terinci, hasil dapat dilihat pada tabel 5.1

Tabel 5.1
Distribusi Karakteristik Remaja di Kota Rengat Tahun 2016 (n = 365)

No	Karakteristik Responden	Kategori	f	%
a.	Usia	a. Remaja Awal	289	79,2
		b. Remaja Akhir	76	20,8
b.	Jenis Kelamin	a. Laki-Laki	147	40,3
		b. Perempuan	218	59,7

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa karakteristik remaja berdasarkan usia hampir seluruhnya berada pada kelompok usia remaja awal dan untuk karakteristik jenis kelamin sebagian besar remaja adalah perempuan.

B. Gambaran Ide Bunuh Diri Remaja di Kota Rengat Tahun 2016

Variabel ide bunuh diri merupakan data kategori yang dianalisis dengan proporsi. Secara rinci, hasil dapat dilihat pada tabel 5.2.

Tabel 5.2
Distribusi Frekuensi Ide Bunuh Diri Pada Remaja di Kota Rengat Tahun 2016
(n=365)

Variabel	Kategori	f	%
Ide Bunuh Diri	Tinggi	242	66,3
	Rendah	123	33,7

Tabel 5.2 menggambarkan bahwa sebagian besar remaja dikota Rengat memiliki ide bunuh diri yang tinggi.

C. Gambaran Faktor Risiko Bunuh Diri pada Remaja di Kota Rengat Tahun 2016

Variabel faktor risiko bunuh diri meliputi faktor psikologi, faktorkeluarga, faktor lingkungan sosial, faktor biologi, faktor riwayat bunuh diri dan faktor orientasi seksual. Variabel psikologis terdiri lima subvariabel yaitu depresi, kecemasan, stres, ketidak berdayaan dan penggunaan napza. Variabel faktor keluarga terdiri dari dua sub variabel yaitu riwayat keluarga dengan bunuh diri dan perceraian orang tua. Variabel faktor lingkungan terdiri dari lima sub variabel yaitu hubungan dengan orang terdekat, hubungan dengan teman, hubungan dengan keluarga, pengalaman yang tidak bisa dilupakan dan riwayat memiliki teman dengan bunuh diri. Variabel selanjutnya adalah faktor biologi, riwayat bunuh diri danorientasi seksual. Keenam variabel merupakan data kategori yang dianalisis dengan proporsi. Secara rincidapat dilihat pada tabel 5.3

Tabel 5.3
Distribusi Frekuensi Faktor Risiko Bunuh Diri pada Remaja di Kota Rengat
Tahun 2016 (n=365)

No	Faktor Risiko Bunuh Diri	Kategori	f	%
1.	Faktor Psikologis	Tinggi	189	51,8
		Rendah	176	48,2
	a. Depresi	Tinggi	192	52,6
		Rendah	173	47,4
	b. Kecemasan	Tinggi	197	54,0
		Rendah	168	46,0
	c. Stress	Tinggi	196	53,7
		Rendah	169	46,3
	d. Ketidakberdayaan	Tinggi	50	13,7
		Rendah	315	86,3
	e. Penggunaan Napza	Tinggi	11	3,0
Rendah		354	97,0	
2.	Faktor Keluarga	Tinggi	34	9,3
		Rendah	331	90,7
	a. Orang tua bercerai	Ada	31	8,5
		Tidak Ada	334	91,5
	b. Riwayat keluarga bunuh diri	Ada	8	2,2
		Tidak Ada	357	97,8
	3.	Faktor Lingkungan Sosial	Tinggi	216
Rendah			149	40,8
a. Hubungan dengan orang terdekat		Tinggi	230	63,0
		Rendah	135	37,0
b. Hubungan dengan teman		Tinggi	215	58,9
		Rendah	150	41,1
c. Dukungan Orangtua		Tinggi	197	54,0
		Rendah	168	46,0
d. Pengalaman yang tidak bisa dilupakan		Ada	158	43,3
		Tidak Ada	207	56,7
e. Riwayat teman Bunuh diri	Ada	10	2,7	
	Tidak Ada	355	97,3	
4.	Faktor Biologis Keluhan Somatik	Ada	134	36,7
		Tidak Ada	231	63,3
5.	Faktor Riwayat Bunuh Diri	Ada	4	1,1
		Tidak Ada	361	98,9
6.	Faktor Orientasi Seksual (Disorientasi Seksual)	Ada	2	0,5
		Tidak Ada	363	99,5

Tabel 5.3 faktor psikologis menggambarkan bahwa setengah dari remaja memiliki tanda-tanda depresi, setengahnya juga memiliki tanda-tanda ansietas, tanda-tanda stres juga dimiliki pada setengahnya, dan sebagian kecil mengalami ketidakberdayaan dan menggunakan napza. Secara umum dapat diketahui bahwa dari seluruh remaja setengahnya memiliki masalah psikologis.

Faktor keluarga menggambarkan bahwa hampir seluruh remaja memiliki orang tua yang tidak bercerai dan tidak memiliki keluarga dengan riwayat bunuh diri. Secara umum dapat diketahui bahwa hampir seluruhnya tidak memiliki masalah pada faktor keluarga.

Pada faktor lingkungan sosial menggambarkan bahwa sebagian besar dari remaja memiliki hubungan dengan teman dekat, setengahnya memiliki hubungan baik dengan teman, setengahnya juga memiliki hubungan baik dengan keluarga, dan sebagian besar tidak memiliki pengalaman yang tidak bisa dilupakan. Secara umum dapat diketahui bahwa dari seluruh responden setengahnya memiliki lingkungan sosial nilai lingkungan sosial yang tinggi.

Faktor biologis menggambarkan bahwa sebagian besar remaja tidak memiliki keluhan somatik. Sementara untuk faktor riwayat bunuh diri dan orientasi seksual menggambarkan bahwa hampir seluruh remaja tidak memiliki riwayat bunuh dan tidak memiliki disorientasi seksual.

D. Hubungan Karakteristik dengan Ide Bunuh Diri pada Remaja di Kota Rengat Tahun 2016

Hubungan karakteristik remaja dengan ide bunuh diri dianalisis secara bivariat dengan menggunakan *chi-square*. Secara rinci dapat dilihat pada tabel 5.4 pada dihalaman berikut :

Tabel 5.4
Hubungan Karakteristik dengan Ide Bunuh Diri dengan Ide Bunuh Diri pada Remaja di Kota Rengat Tahun 2016 (n=365)

Kategori	Ide Bunuh Diri				Total		P value	OR (95% CI)
	Tinggi		Rendah		f	%		
	f	%	f	%				
Usia								
Remaja Awal	185	64,0	104	36,0	289	100	0,096	0,593
Remaja Akhir	57	75,0	19	25,0	76	100		(0,335-1,051)
Jenis Kelamin								
Laki-Laki	98	66,7	49	33,3	147	100	0,993	1,011
Perempuan	144	66,1	74	33,9	218	100		(0,645-1,582)

Berdasarkan tabel 5.4 dapat dianalisa bahwa sebagian besar remaja dengan ide bunuh diri yang tinggi berada pada usia remaja tengah dengan nilai p value = 0,096 maka dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan antara usia remaja dengan ide bunuh diri. Pada karakteristik jenis kelamin, sebagian besar remaja berjenis kelamin perempuan yang memiliki ide bunuh diri dengan p value = 0,993 maka dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan antara jenis kelamin remaja dengan ide bunuh diri.

E. Hubungan Faktor Psikologis dengan Ide Bunuh Diri pada Remaja di Kota Rengat Tahun 2016

Hubungan faktor psikologis remaja dengan ide bunuh diri dianalisis secara bivariat dengan menggunakan *chi-square*. Secara rinci dapat dilihat pada tabel 5.5

Tabel 5.5
Hubungan Faktor Psikologis dengan Ide Bunuh Diri dengan Ide Bunuh Diri pada Remaja di Kota Rengat Tahun 2016 (n=365)

Faktor Risiko	Ide Bunuh Diri				Total		P value	OR (95% CI)
	Tinggi		Rendah		f	%		
	f	%	f	%				
Faktor Psikologis								
Tinggi	140	74,1	49	25,9	189	100	0,002	2,073
Rendah	102	58,0	74	42,0	176	100		(1,332-3,225)

Berdasarkan tabel 5.5 dapat dianalisa bahwa sebagian besar faktor psikologis tinggi memiliki ide bunuh diri yang tinggi dengan p value = 0,002 maka dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara faktor psikologis dengan ide bunuh diri. Hasil analisis juga diperoleh nilai odds ratio (OR) sebesar 2,073 yang artinya adalah remaja dengan faktor psikologis yang tinggi berpeluang 2,073 kali memiliki ide bunuh diri dari pada remaja dengan faktor psikologis rendah.

F. Hubungan Faktor Keluarga dengan Ide Bunuh Diri pada Remaja di Kota Rengat Tahun 2016

Hubungan Faktor keluarga dengan ide bunuh diri dianalisis secara bivariat dengan menggunakan *chi-square*. Secara rinci dapat dilihat pada tabel 5.6

Tabel 5.6
Hubungan Faktor Keluarga dengan Ide Bunuh Diri dengan Ide Bunuh Diri pada Remaja di Kota Rengat Tahun 2016

Faktor Risiko	Ide Bunuh Diri				Total		P value	OR (95% CI)
	Tinggi		Rendah		f	%		
	f	%	f	%				
Faktor Keluarga								
Tinggi	25	73,5	9	26,5	34	100	0,456	1,459
Rendah	217	65,5	114	34,4	331	100		(0,659-3,231)

Berdasarkan tabel 5.6 dapat dianalisa bahwa sebagian besar remaja dengan ide bunuh diri yang tinggi dari remaja yang memiliki nilai faktor keluarga yang tinggi. Hasil uji statistik diperoleh nilai p value = 0,456 maka dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan antara faktor keluarga dengan ide bunuh diri.

G. Hubungan Faktor Lingkungan Sosial dengan Ide Bunuh Diri pada Remaja di Kota Rengat Tahun 2016

Hubungan faktor lingkungan sosial remaja dengan ide bunuh diri dianalisis secara bivariat dengan menggunakan *chi-square*. Secara rinci dapat dilihat pada tabel 5.7

Tabel 5.7
Hubungan Faktor Lingkungan Sosial dengan Ide Bunuh Diri dengan Ide Bunuh Diri pada Remaja di Kota Rengat Tahun 2016 (n=365)

Faktor Risiko	Ide Bunuh Diri				Total		P value	OR (95% CI)
	Tinggi		Rendah		f	%		
	f	%	f	%				
Faktor Lingkungan Sosial								
Tinggi	150	69,4	66	30,6	216	100	0,152	1,408
Rendah	92	61,7	57	38,3	149	100		(0,908-2,185)

Berdasarkan tabel 5.7 dapat dianalisa bahwa sebagian besar responden dengan faktor lingkungan sosial tinggi memiliki ide bunuh diri tinggi dan sebagian besar responden dengan ide bunuh diri yang rendah juga memiliki ide bunuh diri yang tinggi. Hasil uji statistik diperoleh nilai p value = 0,152 maka dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan faktor lingkungan sosial dengan ide bunuh diri.

H. Hubungan Faktor Biologis dengan Ide Bunuh Diri pada Remaja di Kota

Rengat Tahun 2016

Hubungan faktor biologis remaja dengan ide bunuh diri dianalisis secara bivariat dengan menggunakan *chi-square*. Secara rinci dapat dilihat pada tabel 5.8

Tabel 5.8
Hubungan Faktor Biologis dengan Ide Bunuh Diri dengan Ide Bunuh Diri pada Remaja di Kota Rengat Tahun 2016 (n=365)

Faktor Risiko	Ide Bunuh Diri				Total		P value	OR (95%CI)
	Tinggi		Rendah		f	%		
	f	%	f	%				
Faktor Biologis								
Ada Keluhan	100	74,6	34	25,4	134	100	0,014	1,843
Tidak Ada Keluhan	142	61,5	86	38,5	231	100		(1,151-2,952)

Berdasarkan tabel 5.8 dapat dianalisa bahwa sebagian besar responden yang ada keluhan somatik memiliki ide bunuh diri yang tinggi dan sebagian besar responden yang tidak ada keluhan somatik memiliki ide bunuh diri yang tinggi juga tinggi. dengan p value = 0,014 maka dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan faktor biologi dengan ide bunuh diri. Hasil analisis juga diperoleh nilai odds ratio (OR) sebesar 1,843 yang artinya adalah remaja dengan nilai faktor biologi yang tinggi berpeluang 1,843 kali memiliki ide bunuh diri dari pada remaja dengan nilai faktor biologi yang rendah.

I. Hubungan Faktor Riwayat Bunuh Diri dengan Ide Bunuh Diri pada Remaja di Kota Rengat Tahun 2016

Hubungan faktor riwayat bunuh diri remaja dengan ide bunuh diri dianalisis secara bivariat dengan menggunakan *chi-square*. Secara rinci dapat dilihat pada tabel 5.9

Tabel 5.9
Hubungan Faktor Riwayat Bunuh Diri dengan Ide Bunuh Diri dengan Ide Bunuh Diri pada Remaja di Kota Rengat Tahun 2016 (n=365)

Faktor Risiko	Ide Bunuh Diri				Total		P value	OR (95%CI)
	Tinggi		Rendah		f	%		
	f	%	f	%				
Faktor Riwayat Bunuh Diri								
Pernah	3	75,0	1	25,0	4	100	0,688	1,570
Tidak Pernah	237	65,7	124	34,3	352	100		(0,162-15,247)

Berdasarkan tabel 5.9 dapat dianalisa bahwa sebagian besar remaja yang pernah memiliki riwayat bunuh diri memiliki ide bunuh diri yang tinggi dan sebagian besar remaja yang tidak pernah memiliki riwayat bunuh diri juga memiliki ide bunuh diri yang tinggi dengan p value = 0,688 maka dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan antara faktor riwayat bunuh diri dengan ide bunuh diri.

J. Hubungan Orientasi Seksual dengan Ide Buunuh Diri pada Remaja di Kota Rengat Tahun 2016

Hubungan faktor orientasi seksual remaja dengan ide bunuh diri dianalisis secara bivariat dengan menggunakan *chi-square*. Secara rinci dapat dilihat pada tabel 5.10

Tabel 5.10
 Hubungan Faktor Orientasi Seksual dengan Ide Bunuh Diri dengan Ide
 Bunuh Diri pada Remaja di Kota Rengat Tahun 2016 (n=365)

Faktor Risiko	Ide Bunuh Diri				Total		<i>P</i> <i>value</i>	OR (95% CI)
	Tinggi		Rendah		f	%		
	f	%	f	%				
Orientasi Seksual								
Disorientasi Seksual	1	50	1	50	2	100	0,647	0,519 (0,032-8,365)
Tidak Ada	239	65,8	124	34,2	354	100		
Disorientasi Seksual								

Berdasarkan tabel 5.10 dapat dianalisa bahwa sebagian besar remaja yang tidak ada masalah disorientasi seksual memiliki ide bunuh diri yang tinggi dan setengah dari remaja yang memiliki disorientasi seksual juga memiliki ide bunuh diri yang tinggi dengan p value = 0,647 maka dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan antara faktor orientasi seksual dengan ide bunuh diri.

K. Faktor yang Paling Dominan Berhubungan dengan Ide Bunuh Diri pada Remaja di Kota Rengat Tahun 2016

Hubungan faktor yang paling dominan berhubungan dengan ide bunuh diri remaja di Kota Rengat dianalisa secara multivariat bertujuan untuk mengetahui variabel independen (faktor psikologis, faktor keluarga, faktor lingkungan sosial, faktor biologi, faktor riwayat bunuh diri, faktor orientasi seksual) yang dominan berhubungan dengan variabel dependen yaitu ide bunuh diri. Analisis yang digunakan pada tahap ini adalah regresi logistik berganda karena variabel dependennya berbentuk kategorik.

Analisa regresi logistik ganda dalam penelitian ini melakukan pemodelan prediksi yang bertujuan untuk memperoleh model yang terdiri dari beberapa variabel independen yang dianggap terbaik untuk memprediksi kejadian variabel dependen. Ada beberapa tahap yang digunakan dalam analisa regresi logistik ganda yaitu:

1. Seleksi Bivariat

Pada tahap ini dilakukan penyeleksian variabel independen yang layak masuk model uji multivariat. Kelayakan variabel ditentukan dengan tingkat signifikansi (*sig*) atau *p* value $< 0,25$ dengan “metode enter” dalam regresi logistik sederhana antara masing-masing variabel karakteristik (usia dan jenis kelamin) dan variabel independen (faktor psikologis, faktor keluarga, faktor lingkungan, faktor biologi, faktor riwayat bunuh diri, faktor orientasi seksual) terhadap variabel dependen ide bunuh diri. Hasil uji regresi logistik sederhana dapat dilihat pada tabel 5.11 dibawah ini.

Tabel 5.11
Analisis Seleksi Bivariat Karakteristik Remaja, Variabel Faktor Psikologis, Faktor Keluarga, Faktor Lingkungan, Faktor Biologi, Faktor Riwayat Bunuh Diri, dan Faktor Orientasi Seksual dengan Ide Bunuh Diri Remaja di Kota Rengat Tahun 2016 (n=365)

No	Variabel	<i>P</i>
1.	Usia	0,052
2.	Jenis Kelamin	0,882
3.	Faktor Psikologis	0,002
4.	Faktor Keluarga	0,306
5.	Faktor Lingkungan	0,119
6.	Faktor Biologi	0,012
7.	Faktor Riwayat Bunuh Diri	0,688
8.	Faktor Orientasi Seksual	0,647

Tabel 5.11 menunjukkan hasil analisis bivariat terhadap 4 variabel dengan $p < 0,25$ dan variabel jenis kelamin, faktor keluarga, faktor riwayat bunuh diri dan faktor orientasi seksual tetap dimasukkan dalam model multivariat karena secara substansi juga dianggap penting.

2. Pemodelan Multivariat

Pemodelan multivariat ini dilakukan dengan cara memilih variabel yang dianggap penting yang masuk dalam model dengan cara mempertahankan variabel yang mempunyai $p < 0,05$ dan mengeluarkan variabel yang $p > 0,05$. Hasil analisa pemodelan multivariat pertama dapat dilihat pada tabel 5.12

Tabel 5.12
Hasil Analisa Model Awal Multivariat Regresi Logistik (n=365)

No	Variabel	B	P	OR	95%CI
1.	Usia	-0,431	0,149	0,650	0,362-1,167
2.	Jenis Kelamin	0,060	0,799	1,062	0,669-1,684
3.	Faktor Psikologis	0,534	0,024	1,706	1,073-2,712
4.	Faktor Keluarga	0,339	0,413	1,403	0,624-3,155
5.	Faktor Lingkungan	0,300	0,191	1,350	0,861-2,116
6.	Faktor Biologi	0,427	0,096	1,532	0,927-2,533
7.	Faktor Riwayat Bunuh Diri	-0,142	0,905	0,868	0,084-8,939
8.	Faktor Orientasi Seksual	-0,652	0,650	0,521	0,031-8,691

Hasil analisis tabel 5.12 menunjukkan hanya terdapat 1 variabel yang memiliki $p < 0,05$ dan 7 variabel yang memiliki nilai $p > 0,05$. Sehingga pemodelan tahap ketiga tidak dilanjutkan. Sehingga pada penelitian ini faktor psikologis merupakan faktor yang paling dominan pada ide bunuh diri remaja.

BAB VI

PEMBAHASAN

A. Analisis Pembahasan

1. Karakteristik Remaja di Rengat Tahun 2016

Hasil penelitian memperlihatkan bahwa remaja di Rengat Tahun 2016 dengan proporsi terbanyak adalah remaja awal. Hasil penelitian Chung & Joung (2012) di Amerika dan di Korea menunjukkan dari seluruh responden sebagian besar berada pada usia remaja awal. Hasil penelitian Pisani et,al (2012) di Amerika didapatkan sebagian besar responden berada pada usia remaja awal. Hasil penelitian ini tidak jauh berbeda dengan penelitian lain yang memiliki responden remaja pada usia remaja awal.

Hasil analisis univariat memperlihatkan bahwa remaja di kota Rengat tahun 2016 dengan proporsi jenis kelamin terbanyak yaitu perempuan. Hasil penelitian Farhangdoost, Y (2010) di Tehran juga menunjukkan bahwa sebagian besar responden adalah perempuan. Hasil penelitian Chung & Joung (2012) di Amerika, dari seluruh responden penelitian setengahnya berjenis kelamin perempuan. Begitu juga halnya dengan hasil penelitian Sertiasih, et al (2013) di Yogyakarta setengah dari responden berjenis kelamin perempuan. Begitu juga hasil penelitian Cho & Hazlam (2010) dalam penelitiannya perempuan merupakan responden terbanyak. Berdasarkan beberapa penelitian tersebut jenis kelamin responden dalam penelitian ini memiliki

kesamaan dengan responden pada penelitian lain yaitu dengan jenis kelamin terbanyak adalah perempuan.

2. Gambaran Ide Bunuh Diri Remaja di Kota Rengat Tahun 2016

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar remaja memiliki ide bunuh diri yang berisiko terhadap perilaku bunuh diri. Hasil penelitian Chung & Joung (2012) di Amerika dan Korea, Mallo & Ronda (2009) di Makasar penelitian yang dilakukan pada remaja di dapatkan sebagian kecil responden memiliki ide bunuh diri. Penelitian Ibrahim *et al.* (2010) di Malaysia didapatkan hampir setengah responden memiliki ide bunuh diri yang berisiko terhadap perilaku bunuh diri. Hasil penelitian hampir sama dengan penelitian lainnya yang menunjukkan bahwa terdapat responden yang memiliki ide bunuh diri.

Ide Bunuh diri mengacu pada pengalaman bahwa hidup adalah kehidupan yang tidak berharga, mulai dari fikiran sekilas hingga benar-benar ingin bunuh diri, pikiran tentang rencana untuk membunuh diri sendiri, atau suka merusak diri. Pikiran ini merupakan hal yang tidak biasa di kalangan anak muda. Diperkirakan bahwa hampir setengah dari remaja berpikir tentang bunuh diri di beberapa waktu dalam kehidupannya dan sebagian kecil remaja melaporkan telah memiliki pengalaman pada tahun sebelumnya (Nock, M., Borges, G., Bromet, E. et al. 2008; dalam Scanlan, F., Purcell, R., 2009). Hal ini menjelaskan bahwa meskipun hanya sedikit ide bunuh diri yang diungkapkan dari remaja tetap perlu diperhatikan karena ide bunuh diri biasa bersifat samar atau tidak jelas, sehingga remaja

perlu dijelaskan bahwa perilaku bunuh diri mulai dari adanya ide bunuh diri hingga percobaan bunuh diri bukanlah sesuatu yang perlu dirahasiakan dan orang tua seharusnya mengetahui ide bunuh diri pada remaja.

Pada penelitian ini didapatkan dari analisis kuesioner hampir sebagian responden memiliki ide bunuh diri pada waktu yang lama, memiliki pemikiran tentang bunuh diri, dan memiliki kemampuan untuk bunuh diri.

Pada penelitian ini dimana responden berada pada usia remaja dimana secara emosional seorang remaja memiliki emosi yang kuat dan beberapa remaja berperilaku impulsif. Pada masa remaja saat mengetahui mereka melakukan hal yang salah, banyak dari remaja yang kurang memiliki kemampuan penalaran untuk memperkirakan konsekuensi dari tindakan yang berisiko (Reyna & Farley, 2006 dalam Wade, C & Tavis, C, 2007). Sama seperti adanya ide bunuh diri hingga memiliki perilaku bunuh diri pada remaja dimana ide bunuh diri menimbulkan perasaan yang ambivalensi antara keinginan untuk hidup dan keinginan untuk mati (Videbeck, 2008). Hal ini juga dapat terlihat pada penelitian ini dimana dari hasil analisis kuesioner remaja mengungkapkan memiliki keinginan hidup yang lemah dan juga memiliki keinginan mati yang lemah atau memiliki keinginan hidup yang besar namun juga memiliki keinginan mati yang lemah.

3. Gambaran Faktor Risiko Bunuh Diri Pada Remaja di Kota Rengat Tahun 2016

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki tanda-tanda depresi, kecemasan dan stres. Hasil penelitian Ibrahim *et al.* (2014) di Malaysia hampir setengah dari responden memiliki tanda-tanda depresi, sebagian besar memiliki tanda-tanda kecemasan dan hampir sebagian responden memiliki tanda-tanda stress. Hasil penelitian Chung & Joung (2012) di Amerika dan Korea didapatkan bahwa faktor psikologi terutama depresi dialami hampir setengah dari seluruh responden. Perkembangan secara psikologis berfokus pada masalah dalam tahap awal pengembangan ego dimana hal ini terjadi pada masa remaja, trauma interpersonal diawal masa perkembangan dan ansietas yang tidak terselesaikan dapat menimbulkan kejadian cedera diri. Beberapa remaja menggunakan zat adiktif untuk menurunkan rasa cemas terutama saat bersosialisasi (Stuart, 2013). Hasil penelitian ini didapatkan sebagian kecil adalah pengguna napza. Sementara hasil penelitian Farhangdoost, Y (2010) di Tehran menunjukkan untuk penggunaan napza terdapat pada hampir setengah responden dengan ide bunuh diri.

Pada hasil penelitian ini dari analisis kuesioner tentang depresi dan kecemasan didapatkan bahwa sebagian besar menggunakan banyak energi untuk berfikir. Analisis kuesioner tentang stres didapatkan bahwa sebagian besar sering mengalami gemetar (pada tangan). Sementara dari

analisis ketidakberdayaan didapatkan sebagian besar responden merasa tidak mungkin untuk benar-benar merasakan kepuasan dimasa depan.

Hasil penelitian memperlihatkan dalam faktor keluarga sebagian kecil responden memiliki keluarga dengan riwayat bunuh diri dan masalah perceraian orang tua. Sedangkan hasil penelitian Farhangdoost, Y (2010) di Tehran hampir setengah responden memiliki masalah perceraian orangtua. Hasil penelitian Wicox *et al.* (2010) didapatkan sebagian besar responden memiliki orang tua laki-laki yang bunuh diri dan hampir setengah orang tua perempuan yang bunuh diri.

Hasil penelitian yang dilakukan pada remaja di Kota Rengat didapatkan hasil bahwa dari seluruh responden setengahnya memiliki nilai lingkungan sosial yang tinggi. Penelitian Cho & Hazlam (2010) juga menunjukkan lingkungan sosial yang terdiri dari dukungan orangtua/keluarga, dukungan teman dan dukungan orang terdekat. Dukungan sosial meliputi dukungan keluarga, teman dan seseorang yang special merupakan tiga sumber khusus bagi dukungan sosial (Zimet *et al.* 1988). Pada penelitian ini pada faktor lingkungan sosial dari analisis kuesioner hubungan dengan seorang teman sebagian besar responden memiliki seseorang yang peduli dengan perasaannya. Hasil analisis kuesioner hubungan dengan teman, sebagian besar mengandalkan teman-teman ketika mengalami kesalahan. Sementara hasil analisis kuesioner dukungan orang tua sebagian besar responden mendapatkan dukungan emosional yang dibutuhkan dari keluarga.

Hasil penelitian memperlihatkan dalam faktor biologi bahwa sebagian besar remaja tidak memiliki keluhan somatik. Penelitian Fillips, *et al* (2008) SD responden dengan gejala simptomatik adalah 2,72. Bunuh diri tidak hanya disebabkan oleh masalah psikologis namun keluhan fisik yang terus menerus juga dapat menjadi penyebab bunuh diri pada remaja. Dimana sesuai tahap perkembangan remaja perlu menerima setiap perubahan fisik dan menjaga tubuh secara efektif. Sehingga agar tugas perkembangan tercapai secara maksimal dan tidak terjadi kegagalan yang berakhir dengan perilaku bunuh diri.

Hasil penelitian untuk faktor riwayat bunuh diri sebelumnya didapatkan sebagian besar tidak memiliki riwayat bunuh diri. Risikopengulangan tertinggi dalam 3 sampai 6 bulan pertama setelah usaha bunuh diri, tapi tetap secara substansial meningkat dari populasi umum selama minimal 2 tahun (Goldston *et al.* 1999; Lewinsohn *et al.* 1996 dalam Bridge, A. *et al.* 2006)

. Faktor orientasi seksual didapatkan 0,5% remaja dengan disorientasi seksual. Hasil penelitian Stone *etal.* (2014) di United States, didapatkan sebagian kecil responden dengan disorientasi seksual. Hasil penelitian Zhao *et al.* (2010) didapatkan sebagian kecil mengakui sebagai LGB (disorientasi seksual). Hasil penelitian ini tidak jauh berbeda dari penelitian yang lain yang memiliki persentase kecil pada orientasi seksual. Satu alasan mengapa sulit untuk mendapatkan angka kejadian homoseksualitas yang akurat adalah stigma sosial yang masih melekat

untuk melebel seseorang sebagai homoseksual, dan ini bisa jadi sebagai alasan banyak orang yang tidak melaporkan identitas seksual yang sebenarnya.

4. Hubungan Karakteristik dengan Ide Bunuh Diri pada Remaja di Kota Rengat Tahun 2016

Hasil penelitian pada remaja di kota Rengat dari analisis uji statistik dengan *chi square* tentang karakteristik remaja didapatkan nilai p value $> 0,05$ maka dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan antara usia remaja dengan ide bunuh diri. Penelitian Reinherst *et al.* (2006) terdapat hubungan yang signifikan pada usia lebih dari 15 tahun dengan ide bunuh diri. Menurut asumsi peneliti perbedaan ini dapat disebabkan adanya ketidakterbukaan remaja akan masalahnya. Pada penelitian ini sebagian besar responden berusia remaja awal, dimana pada tahap perkembangan remaja awal, seorang remaja berusaha memperoleh kebebasan dari kendali orang tua, kurang mempercayai orang tua dalam menceritakan rahasianya begitu juga dengan adanya ide bunuh diri. Hal ini terlihat dari item pertanyaan kuisioner *suicide ideation scale* no 19 dimana sebanyak hampir seluruh remaja merahasiakan ide bunuh diri yang dimilikinya.

Pada karakteristik jenis kelamin, sebagian besar remaja berjenis kelamin laki-laki yang memiliki ide bunuh diri dengan p value $> 0,05$ maka dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan antara jenis kelamin remaja dengan ide bunuh diri. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil

penelitian Bertera (2007) di Amerika, menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara ide bunuh diri dan jenis kelamin. Sikap yang menggambarkan ide bunuh diri pada perempuan lebih terlihat sementara laki-laki menunjukkan dengan sikap sok berani yang mengakibatkan terjadinya kecelakaan (Stuart, 2013). Remaja 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 ide bunuh diri.

Pada penelitian ini kelompok usia remaja awal memiliki ide bunuh diri yang tinggi, hal ini dapat disebabkan karena pada masa remaja awal, remaja bereaksi cepat dan emosional, masalah kecil dapat menyebabkan pergolakan emosional. Masih terjadi peningkatan emosi dan jika emosi itu diperlihatkan perilaku mereka menggambarkan perasaan tidak aman, ketegangan dan kebimbangan.

Pada penelitian ini juga didapatkan bahwa kelompok remaja akhir sebagian besar memiliki ide bunuh diri yang lebih tinggi. Masa perkembangan remaja akhir seharusnya lebih mampu mengendalikan emosi, mampu menghadapi masalah dengan lebih tenang dan rasional. Namun selama masa remaja status emosional remaja masih terombang ambing antara perilaku yang matang dengan perilaku seperti anak-anak. Pada laki-laki yang matang lebih dini secara umum memiliki pandangan

yang lebih positif dibandingkan dengan anak laki-laki yang kematangannya datang terlambat. Namun mereka juga cenderung mulai merokok, mengonsumsi alkohol, menggunakan narkoba dan melanggar hukum dibandingkan anak laki-laki yang memiliki kematangan terlambat. (Cota-Robles, Neiss & Rowe, 2002, Duncandkk, 1985 dalam Wede, C & Travis C, 2007). Sementara pada perempuan yang memiliki kematangan dini memiliki kecenderungan yang lebih besar berkelahi dengan orang tua, putus sekolah, memiliki citra diri negatif, dipenuhi kemarahan dan depresi (Casbi & Moffitt, 1998; staitin & Magnusson, 1990 dalam Wede, C & Travis C, 2007)

Berbagai penjelasan diatas menjelaskan bahwa resiko tinggi ide bunuh diri tidak hanya terjadi pada laki-laki namun juga pada perempuan dan tidak hanya pada kelompok usia remaja awal namun juga pada kelompok remaja akhir.

5. Hubungan Faktor Psikologis dengan Ide Bunuh Diri pada Remaja di Kota Rengat Tahun 2016

Hasil penelitian pada remaja di kota Rengat dari analisis uji statistik dengan *chi square* tentang hubungan depresi dengan ide bunuh diri memperlihatkan bahwa ada hubungan depresi dengan ide bunuh diri. Penelitian yang dilakukan oleh Khan (2011), Low *et al* (2012) didapatkan hasil depresi memiliki hubungan dengan ide bunuh diri. Masalah yang tidak terselesaikan akan menimbulkan stres. Sejumlah

penelitian melaporkan bahwa stres dan kehidupan yang penuh stres merupakan peristiwa yang sangat terkait dengan gejala depresi, yang kemudian meningkatkan risiko bunuh diri (Zhang *et al.* 2011, You *et al.* 2014). Pada penelitian ini didapatkan dari analisis kuesioner untuk stres sebagian responden mengalami gemetar, merasa sakit dan sedih, sulit berinisiatif bekerja untuk melakukan sesuatu, khawatir terhadap pada situasi yang membuat panik dan tidak bisa merasakan hal positif saat menghadapi masalah.

Sementara itu stres yang berkelanjutan akan mengakibatkan kecemasan dan depresi (Hawari, 2013). Pada analisis kuesioner untuk kecemasan sebagian besar responden merasa banyak menggunakan energi untuk berfikir, sebagian responden merasa sakit dan sedih, merasa sulit untuk berinisiatif dalam melakukan sesuatu, mudah panik, cenderung bereaksi berlebihan terhadap situasi, dan merasa takut tanpa alasan yang jelas.

Hasil penelitian Chung & Joung (2012) di Amerika dan Korea, depresi adalah faktor risiko yang signifikan untuk bunuh diri. Sejalan dengan hasil penelitian Sertiasih, et al (2013) di Yogyakarta menyatakan bahwa depresi merupakan faktor terjadinya bunuh diri pada remaja. Pada penelitian ini hasil analisis kuesioner didapatkan pada faktor psikologis depresi sebagian besar responden merasa banyak menggunakan energi ketika punya masalah, sebagian responden merasa agak sensitif, mengalami gemetar,

mudah panik dan khawatir tentang situasi dimana merasa panik dan menyalahkan diri.

Kondisi depresi yang dialami juga dapat menimbulkan rasa ketidakberdayaan. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Page *et al.* (2006). Kesepian, depresi, maupun ketidakberdayaan merupakan variabel kognitif yang menjadi faktor resiko bunuh diri pada remaja. Pada penelitian ini didapatkan hasil analisis kuesioner dari ketidakberdayaan dimana sebagian responden merasa masa depan belum jelas dan pasti, merasa sangat tidak mungkin untuk benar-benar merasakan kepuasan dimasa depan, tidak bisa membedakan masa depan akan seperti apa, hampir sebagian responden merasa apa yang diharapkan tidak sesuai dengan yang diinginkan dan ragu dalam mencapai cita-cita.

Berdasarkan hasil analisis yang dilakukan memperjelas bahwa sebagian besar responden memiliki masalah psikologis yang berhubungan dengan ide bunuh diri, dimana pada penelitian ini responden beradapada usia remaja yang seringkali tidak dapat menyesuaikan diri secara baik, sering menimbulkan bahaya-bahaya seperti bahaya fisik dan psikologis. Bahaya fisik meliputi kematian, bunuh diri, cacat fisik, kecanggungan dan kekakuan. Sedangkan bahaya psikologis yaitu kegagalan menjalankan peralihan psikologis ke arah kematangan yang merupakan tugas perkembangan yang penting pada masa remaja. Sehingga menyebabkan remaja memiliki ide bunuh diri.

6. Hubungan Faktor Keluarga dengan Ide Bunuh Diri pada Remaja di Kota Rengat Tahun 2016

Hasil penelitian pada remaja di kota Rengat dari analisis uji statistik dengan *chi square* tentang hubungan faktor keluarga dengan ide bunuh diri memperlihatkan bahwa tidak ada hubungan faktor keluarga dengan ide bunuh diri pada remaja. Seperti halnya pada penelitian Dewi & Hamidah (2013) pada remaja di Surabaya yang menyatakan tidak terdapat hubungan antara kesepian dengan ide bunuh diri pada remaja dengan orang tua yang bercerai. Pada faktor keluarga dengan riwayat keluarga bunuh diri hasil penelitian ini berbeda dari hasil penelitian oleh Zhang, J & Zhou, L (2011) di China yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara riwayat keluarga bunuh diri dengan ide bunuh diri. Penelitian Perliset, al (2010) juga mengatakan bahwa anggota keluarga korban bunuh diri memiliki tingkat signifikan lebih tinggi dibandingkan dengan keluarga yang anggotanya tidak bunuh diri tapi gangguan jiwa. Risiko untuk bunuh diri pada keturunan akan berbeda. Pada anak dan remaja dengan orang tua yang mati bunuh diri pada masa anak-anak dan remaja berada pada risiko tiga kali lipat lebih besar untuk bunuh diri (Wilcox *et al.* 2010).

Pada penelitian ini didapatkan bahwa remaja dengan faktor keluarga yang memiliki disfungsi keluarga dan riwayat bunuh diri keluarga memiliki ide bunuh diri yang tinggi, begitu juga dengan remaja yang tidak memiliki disfungsi keluarga dan riwayat keluarga bunuh diri memiliki ide bunuh diri yang juga tinggi. Hal ini dapat terjadi karena pada masa

remaja hubungan orang tua dan anak berubah dari perlindungan-ketergantungan ke hubungan saling menyayangi dan persamaan hak, namun selama proses pencapaian kemandirian sering kali melibatkan kekacauan dan ambigu karena baik orang tua maupun remaja belajar untuk menampilkan peran yang baru dan menjalankannya sampai selesai, sementara pada saat bersamaan penyelesaian sering kali merupakan rangkaian kerenggangan, remaja sering menentang kendali orang tua dan konflik dapat muncul pada hampir semua situasi dan masalah (Wong, 2006). Oleh karena itu meskipun tidak terjadi disfungsi keluarga namun konflik remaja dan keluarga dapat timbul dalam setiap kondisi dan masalah sehingga menimbulkan ide bunuh.

Alasan lain diantaranya adalah lama waktu terjadinya disfungsi keluarga yang mempengaruhi kemampuan remaja dalam beradaptasi pada perubahan fungsi dan struktur keluarga yang terjadi setelah perceraian orang tua, remaja perempuan setidaknya membutuhkan waktu satu sampai dua tahun untuk menyesuaikan diri terhadap akibat perceraian, sedangkan remaja laki-laki setidaknya membutuhkan waktu tiga sampai lima tahun (Caskey, 2007). Waktu terjadinya perceraian orang tua lebih dapat memperlihatkan perubahan perilaku remaja hingga dapat terlihat proses adaptasi yang dilakukan remaja dalam menghadapi perubahan peran dan fungsi keluarga, apakah adaptif atau maladaptif.

Kemampuan yang dimiliki remaja dalam menyelesaikan kesedihan dari kondisi riwayat bunuh diri keluarga dapat menggiring remaja

dalam bereaksi terhadap kesedihan, menanggapi stigma sosial dan keinginan meniru perilaku bunuh diri. Penyebab lain dari perbedaan penelitian ini juga dapat terjadi dari pengalaman remaja melihat fakta-fakta berkaitan dengan upaya bunuh diri individual (misalnya secara detail dari bagaimana metode itu digunakan, kelanjutan luka, peristiwa yang terjadi setelah upaya bunuh diri), yang kemudian mendapat model perilaku dan memperhatikan bagaimana orang lain dalam menanggapi dan membicarakan setelah usaha bunuh diri dilakukan.

Sehubungan dengan hasil penelitian, perlunya mencermati kembali item-item dalam alat ukur penelitian. Mungkin perlu diperhatikan lama perceraian orangtua dan riwayat bunuh diri keluarga. Sebaiknya memilih subjek dengan lama perceraian orangtua ≤ 2 tahun agar kemungkinan munculnya ide bunuh diri serta dampak akibat perceraian masih dirasakan subjek. Serta untuk riwayat bunuh diri perlu diketahui hubungan responden dengan anggota keluarga yang memiliki riwayat bunuh diri.

7. Hubungan Faktor Lingkungan Sosial dengan Ide Bunuh Diri pada Remaja di Kota Rengat Tahun 2016

Hasil penelitian menunjukkan untuk variabel lingkungan sosial dengan ide bunuh diri didapatkan dengan nilai p value $> 0,05$ maka dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan faktor lingkungan sosial dengan ide bunuh diri. Hasil penelitian ini berbeda dari penelitian Cho & Hazlam (2010) pada remaja di Amerika juga didapatkan ada hubungan

yang signifikan antara dukungan orang tua, teman dan orang terdekat dengan ide bunuh diri. Penelitian yang dilakukan Kumar, P & George, B (2013) di India yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara teman, orangtua dan sumber lain dengan perilaku bunuh diri.

Pada penelitian ini didapatkan bahwa ide bunuh diri yang tinggi lebih banyak terjadi pada remaja yang memiliki faktor lingkungan yang baik, begitu juga pada remaja yang memiliki faktor lingkungan sosial yang buruk juga didapatkan ide bunuh diri yang tinggi. Menurut asumsi peneliti perbedaan penelitian ini dapat terjadi karena pada masa remaja, seorang remaja mulai mengembangkan identitas diri, selama masa perkembangan remaja awal tekanan untuk memiliki kelompok semakin kuat. Remaja beranggapan bahwa dengan memiliki kelompok merupakan hal penting sehingga remaja membutuhkan memiliki seseorang yang dekat dan teman-teman.

Berdasarkan hubungan dengan teman sebagian besar remaja memiliki teman yang dapat diandalkan ketika memiliki masalah, namun juga terdapat sebagian kecil remaja merasa tidak punya teman untuk berbagi suka duka. Hal ini menjelaskan dukungan lingkungan sosial remaja dapat membantu seseorang untuk bertahan atau bahkan menuntun remaja untuk memiliki ide bunuh diri. Berdasarkan analisis kuesioner hubungan dengan orang terdekat didapatkan bahwa setengah dari remaja tidak memiliki seseorang yang special dimana bisa berbagi suka dan duka, merasa tidak

memiliki seseorang yang membuat nyaman sementara hampir setengah responden merasakan hal sebaliknya. Selanjutnya

Penelitian Zhang, J & Zhou, L (2011) di China didapatkan hubungan yang signifikan antara memiliki teman dengan riwayat bunuh diri dengan ide bunuh diri. Perbedaan ini dapat terjadi karena ide bunuh diri terkait berbagai faktor lingkungan sosial yang dapat membantu mempertahankan individu untuk tidak melakukan bunuh diri atau bahkan menuntun untuk melakukan bunuh diri. Pada masa remaja adalah masa dengan kemampuan bersosialisasi yang kuat dan sering kali merupakan suatu masa kesepian yang sama-sama kuat (Wong, 2006). Oleh karena itu meskipun remaja memiliki lingkungan sosial yang tinggi maupun rendah, memiliki ide bunuh diri yang tinggi dapat saja terjadi.

Sementara itu untuk faktor lingkungan sosial lain yang dilihat pada penelitian ini adalah sebagian besar remaja tidak memiliki pengalaman negatif yang dapat menjadi trauma yang terjadi pada tahap awal perkembangan ego masa remaja dan hampir seluruhnya tidak memiliki teman dengan riwayat bunuh diri. Berdasarkan asumsi peneliti, meskipun seseorang tidak memiliki pengalaman negatif dalam hidup dan tidak memiliki teman dengan riwayat bunuh diri, namun pengetahuan seseorang tentang bunuh diri dapat menjadi pengamatan tentang bagaimana orang lain menanggapi perilaku bunuh diri sebagai cara mengatasi masalah. Hal lain yang dapat menyebabkan seseorang memiliki ide bunuh diri ketika sesungguhnya tidak memiliki niat untuk mati akan tetap memiliki bunuh

diri ketika tidak ditemukan oleh teman atau orang tua dalam waktu yang tepat. Oleh karena itu ide bunuh diri dapat terjadi meskipun pada awalnya tidak didasari niat yang kuat untuk melakukan bunuh diri.

8. Hubungan Faktor Biologis dengan Ide Bunuh Diri pada Remaja di Kota Rengat Tahun 2016

Hasil penelitian terdapat hubungan faktor biologi yakni sering memiliki keluhan somatik dengan ide bunuh diri. Sejalan dengan hasil penelitian Pompili, *et al.* (2012) Usaha bunuh diri lebih sering pada klien yang menderita migrain dibandingkan pada populasi umum. Terdapat banyak dari perilaku bunuh diri tanpa memiliki diagnosa psikiatrik tapi dalam emosional yang besar dan hanya ingin mengakhiri rasa sakit, demikian pula individu yang menderita sakit fisik (Patel, 2012). Hal ini memperjelas bahwa ide bunuh diri tidak hanya disebabkan oleh adanya gangguan psikologis tapi juga karena adanya gangguan fisik.

Keluhan-keluhan somatik dapat timbul akibat rasa cemas dan stress yang dialami oleh remaja, sebagaimana diketahui bahwa pada masa remaja seorang remaja menghadapi tantangan dan terpapar berbagai pengalaman stres dan faktor risiko yang berhubungan dengan ide bunuh diri. Sehingga bentuk keluhan somatik yang dirasakan oleh remaja dapat timbul akibat stres yang dialami. Dalam kuesioner faktor psikologi: stress pada penelitian ini dapat dilihat pada item no 13 tentang remaja yang merasa sakit dan sedih terdapat pada lebih dari setengah remaja remaja. Oleh

karena itu pada penelitian ini keluhan somatik dapat saja dirasakan sebagai akibat dari adanya gangguan psikologis yang cenderung terjadi pada masa remaja selama masa perkembangan. Hal ini juga semakin memperjelas bahwa faktor risiko bunuh diri tidak hanya disebabkan oleh satu faktor tapi berbagai faktor yang saling berkaitan.

Sehubungan dengan kelemahan pada penelitian ini, item pertanyaan penelitian ini hanya menanyakan tentang gejala somatik yang sering dirasakan, akan lebih jelas jika ditanyakan lebih lanjut tentang penyakit kronis, jenis keluhan yang sering timbul dan waktu kekambuhan dari setiap keluhan yang dirasakan sehingga ide bunuh diri yang timbul dapat diketahui dengan jelas.

9. Hubungan Faktor Riwayat Bunuh Diri dengan Ide Bunuh Diri pada Remaja di Kota Rengat Tahun 2016

Pada penelitian ini tidak terdapat hubungan antara faktor riwayat bunuh diri dengan ide bunuh diri. Hasil ini berbeda dengan hasil penelitian De Leo, *et al* (2007) dimana seseorang yang memiliki perilaku bunuh diri secara signifikan meningkatkan risiko tindakan serupa. Pengetahuan pribadi dari seseorang yang berusaha bunuh diri meningkat secara signifikan bersama dengan risiko bunuh diri. Risiko pengulangan tertinggi pada 3 sampai 6 bulan pertama setelah usaha bunuh diri, tapi tetap secara substansial meningkat dari populasi umum selama minimal 2 tahun (Goldston *et al*. 1990; Lewinsohn *et al*, 1991 dalam Bridge, A *et al*, 2006).

Hasil penelitian juga didapatkan Liu & Mustanki (2012) didapatkan bahwa riwayat bunuh diri memiliki hubungan yang signifikan meningkatkan resiko ide bunuh diri.

Perbedaan pada hasil penelitian ini dapat terjadi karena remaja memiliki emosi yang kuat karena perubahan neurologis terutama bagian *prefrontal cortex*, sistem limbik dan juga myelinization yang meningkatkan efisiensi transmisi saraf dan menguatkan hubungan antara dua bagian otak belum selesai secara maksimal. Hal ini dapat membantu menjelaskan bahwa pada masa remaja seringkali tidak mampu mengambil keputusan secara rasional dan lebih berperilaku impulsif (Kaplan, 2010). Perilaku impulsif berkaitan erat dengan peningkatan risiko bunuh diri (Stuart, 2013). Contoh perilaku impulsif seperti penyalahgunaan obat, merokok, balapan dan lainnya. Oleh karena adanya perilaku yang impulsif, sehingga sulit diketahui saat seorang remaja melakukan usaha bunuh diri apakah dilakukan dengan sengaja atau tidak. Seseorang yang memiliki ide bunuh diri memiliki perasaan yang ambivalensi antara keinginan untuk hidup dan keinginan untuk mati (Videbeck, 2008). Hal ini dapat dilihat dari item pernyataan kuesioner SSI no 6 bahwa hampir setengah responden memiliki ide bunuh diri yang timbul dalam waktu lama namun pada item no 8 didapatkan hasil dimana hampir seluruh responden memiliki nilai rendah terhadap melakukan tindakan saat munculnya ide bunuh diri. Meskipun remaja memiliki ide bunuh diri yang lama namun

tidak melakukan tindakan saat munculnya ide bunuh diri yang mengarah pada perilaku percobaan bunuh diri.

Perbedaan hasil penelitian ini juga dapat terjadi karena keterbatasan dari kecilnya sampel dengan riwayat bunuh diri pada penelitian ini, sehingga tidak terdapat hubungan yang signifikan antara riwayat bunuh diri dengan ide bunuh diri pada remaja.

10. Hubungan Orientasi Seksual dengan Ide Bunuh Diri pada Remaja di Kota Rengat Tahun 2016

Hasil penelitian yang dilakukan kepada remaja di kota Rengat didapatkan bahwa tidak terdapat hubungan antara orientasi seksual dengan ide bunuh diri. Berbeda dengan hasil penelitian Zhao *et al.* (2010) di Kanada didapatkan ide bunuh diri secara signifikan lebih tinggi pada kelompok disorientasi (gay, lesbi dan biseksual). Hasil penelitian Russel & Jorney (2001) hubungan yang kuat antara orientasi seksual remaja dengan ide untuk bunuh diri. Begitu juga dengan hasil penelitian Liu & Mustanski (2012) didapatkan bahwa remaja LGBT berada pada risiko tinggi untuk keinginan bunuh diri. Perbedaan hasil penelitian dapat terjadi karena pada penelitian ini data yang dikumpulkan tidak spesifik untuk disorientasi seksual yang dialami remaja sehingga membatasi nilai signifikan pada penelitian ini.

Pencarian identitas juga merupakan bagian dari proses identifikasi yang sedang berlangsung pada masa remaja awal hingga lulus SMA. Proses perkembangan identitas pribadi merupakan proses yang memakan waktu dan

penuh dengan periode kebingungan, depresi dan keputusasaan. (Wong, 2006). Selama proses inilah remaja dituntut mampu beradaptasi dengan setiap perubahan dan menentukan identitas pribadi yang seharusnya sehingga tidak terjadi kebingungan identitas diri yang berakhir dengan depresi dan ide bunuh diri .

Pada masa remaja diantara tugas perkembangan remaja adalah mencapai kemampuan membina hubungan yang lebih dewasa dengan teman sebaya dari kedua gender, mencapai kemampuan dalam melaksanakan peran sosial maskulin atau feminim. Pada masa remaja seharusnya remaja telah mampu memilih peran sosial yang akan dijalani dan mampu membedakan serta membina hubungan sebagaimana seharusnya dengan teman dari kedua gender, karena pada tahap pra remaja sebelumnya anak terlibat hubungan intim dengan seorang teman dengan jenis kelamin yang sama sebagai sahabat.

Pengaruh yang kuat dari orientasi seksual pada pikiran untuk bunuh diri dimediasi oleh faktor-faktor risiko bunuh diri yang kritis, termasuk depresi, putus asa, penyalahgunaan alkohol, percobaan bunuh diri baru-baru ini oleh rekan atau anggota keluarga, dan pengalaman dari korban. Menurut asumsi peneliti hal ini juga menjadi penyebab perbedaan hasil penelitian ini dengan penelitian yang lain dimana pada penelitian ini hampir sebagian besar responden mengalami masalah psikologis yang meliputi depresi, kecemasan, stres dan ketidakberdayaan. Sehingga ide bunuh diri yang tinggi

dapat terjadi pada orientasi seksual heteroseksual maupun disorientasi seksual.

Hasil penelitian lain yang dilakukan oleh Stone *et al.*(2015) menunjukkan bahwa hubungan yang lebih besar, dimana keluarga dapat membantu mencegah remaja memiliki perilaku bunuh diri yang terlepas dari orientasi seksual. Perbedaan hasil penelitian ini juga dapat terjadi karena pada penelitian ini tidak menggambarkan orientasi seksual yang lebih spesifik sehingga hasil penelitian ini tidak mendukung penelitian sebelumnya. Ukuran sampel mungkin juga telah membatasi kemampuan analisis untuk mendeteksi nilai signifikansi yang kecil pada penelitian ini.

11. Faktor yang Paling Dominan Berhubungan dengan Ide Bunuh Diri pada Remaja di Kota Rengat Tahun 2016

Faktor psikologis diantaranya adalah depresi, kecemasan, stress, ketidakberdayaan dan penyalahgunaan napza. Respon atau reaksi seseorang terhadap stresor psikososial yang dialaminya berbeda satu dengan yang lainnya, ada yang menunjukkan gejala-gejala stres, ada juga yang menunjukkan gejala-gejala kecemasan dan atau depresi. Tidak jarang ketiga gejala tersebut juga saling tumpang tindih, sebab dalam pengalaman klinis jarang ditemukan ketiga gejala berdiri sendiri. Pada gejala stress, gejala yang dikeluhkan penderita didominasi oleh keluhan-keluhan somatik (fisik) tetapi dapat pula disertai keluhan-keluhan psikis (ketakutan dan kekhawatiran), tetapi dapat pula disertai keluhan somatik. Pada gejala depresi, gejala yang dikeluhkan

didominasi oleh keluhan-keluhan psikis (kemurungan dan kesedihan) tetapi dapat pula disertai keluhan-keluhan somatik.

Depresi sangat berhubungan erat dengan perilaku bunuh diri, sejalan dengan diagnosa gangguan, gangguan bipolar dan penyalahgunaan napza. Remaja seiring dengan melepaskan ketergantungan pada orang tuanya, maka meningkatkan pula perilaku isolasinya dan penurunan pengawasan. Permasalahan dalam kelompok sering menambah ketegangan dan rasa keterasingan pada remaja. Tekanan menghadapi hubungan intim, perubahan tubuh dan perasaan yang tidak stabil dapat menimbulkan perasaan ketidakberdayaan dan keputusasaan. Salah satu faktor yang paling banyak terjadi pada perilaku bunuh diri remaja adalah karena kurangnya atau hilangnya hubungan yang bermakna (Stuart, 2013).

Berdasarkan teori *Hope and Hopelessness* ditemukan bahwa perasaan optimis disebut dengan *Hope* sedangkan perasaan pesimis disebut *hopelessness*. Teori ini menjelaskan semakin tinggi *hope* atau harapan maka ide bunuh diri akan semakin rendah sedangkan semakin tinggi *hopelessness* atau ketidakberdayaan maka ide bunuh diri juga akan semakin tinggi, begitupun sebaliknya (Huen, IP, Ho & Yip, 2015).

Selanjutnya penggunaan obat-obatan sebelum berusia 20 tahun diprediksi akan berlanjut penggunaannya sepanjang waktu. Semakin muda usia pengguna maka semakin berisiko tinggi untuk ketergantungan pada zat-zat kimia. Penggunaan secara berulang dan teratur dengan tujuan untuk hiburan dapat memicu timbulnya masalah ansietas dan depresi. Maka faktor

psikologis sangat memiliki keterkaitan dengan adanya ide bunuh diri pada remaja.

B. Keterbatasan Penelitian

Pengukuran variabel independen dan dependen dilakukan dengan menggunakan kuesioner yang diisi langsung oleh responden, hal ini dapat bersifat subyektif sehingga kebenaran dan keakuratan data yang diperoleh sangat tergantung dari kejujuran responden dalam mengisi jawaban kuesioner.

Keterbatasan pada item kuesioner dimana pada variabel riwayat bunuh diri didapatkan sampel yang kecil sehingga membatasi analisis untuk mendeteksi nilai signifikansi yang kecil pada penelitian ini. Begitu juga pada item variabel orientasi seksual peneliti tidak memperjelas jenis disorientasi seksual pada responden. Sementara pada variabel biologi hanya ada satu pertanyaan tentang rasa nyeri perut atau sakit kepala yang dialami.

C. Implikasi Penelitian

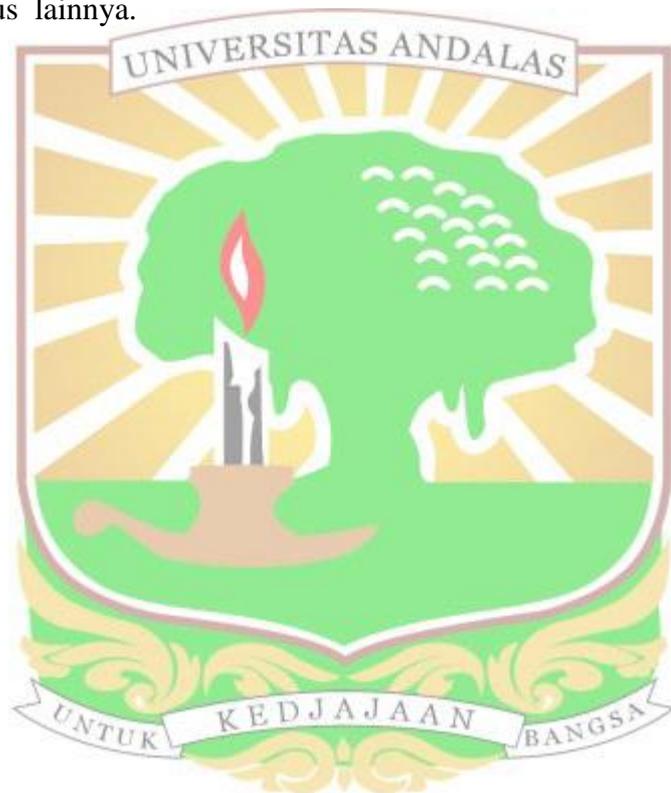
1. Pelayanan Keperawatan

Hasil penelitian menunjukkan adanya remaja yang memiliki ide bunuh diri yang tinggi, yang dapat dijadikan sebagai data untuk pengembangan intervensi dalam keperawatan jiwa remaja dikomunitas sebagai upaya preventif terhadap perilaku bunuh diri kelompok beresiko khususnya remaja dan untuk mewujudkan peningkatan pelayanan

keperawatan yang berbasis komunitas sesuai trend dalam pelayanan keperawatan jiwa saat ini.

2. Pendidikan Keperawatan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan acuan atau landasan dan bahan kajian untuk mengembangkan penelitian lebih lanjut tentang ide bunuh diri yang dapat dilakukan pada kelompok usia lain atau kelompok khusus lainnya.

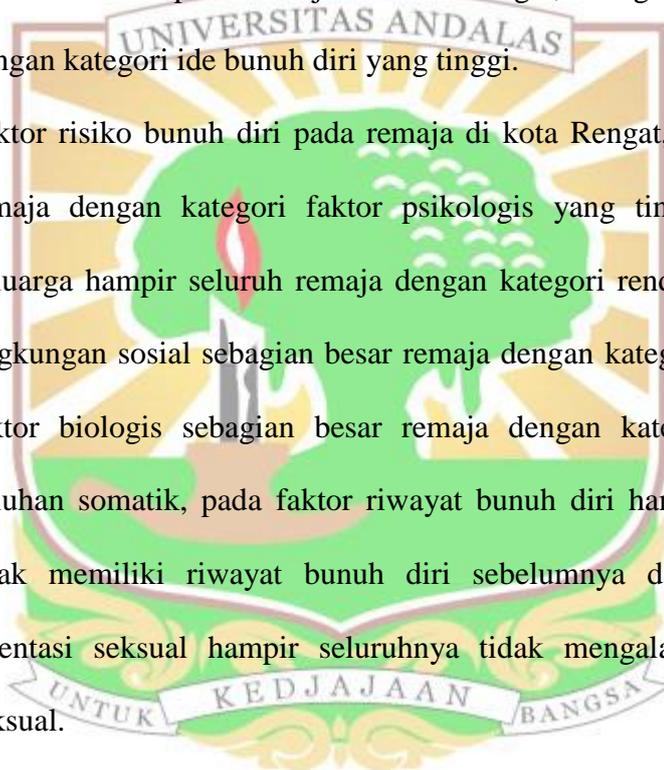


BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Karakteristik remaja dikota Rengat pada penelitian berdasarkan usia hampir seluruhnya adalah remaja awal dan sebagian besar remaja berjenis kelamin perempuan.
2. Ide bunuh diri pada remaja di kota Rengat, sebagian besar remaja dengan kategori ide bunuh diri yang tinggi.
3. Faktor risiko bunuh diri pada remaja di kota Rengat, sebagian besar remaja dengan kategori faktor psikologis yang tinggi, pada faktor keluarga hampir seluruh remaja dengan kategori rendah, pada faktor lingkungan sosial sebagian besar remaja dengan kategori tinggi, pada faktor biologis sebagian besar remaja dengan kategori tidak ada keluhan somatik, pada faktor riwayat bunuh diri hampir seluruhnya tidak memiliki riwayat bunuh diri sebelumnya dan pada faktor orientasi seksual hampir seluruhnya tidak mengalami disorientasi seksual.
4. Hubungan karakteristik responden dengan ide bunuh diri pada remaja di kota Rengat adalah tidak terdapat hubungan yang signifikan antara karakteristik responden dengan ide bunuh diri pada remaja di kota Rengat.



5. Hubungan faktor psikologis dengan ide bunuh diri pada remaja di kota Rengat adalah terdapat hubungan yang signifikan antara faktor psikologis dengan ide bunuh diri pada remaja di kota Rengat.
6. Hubungan faktor keluarga dengan ide bunuh diri pada remaja di kota Rengat adalah tidak terdapat hubungan yang signifikan antara faktor keluarga dengan ide bunuh diri pada remaja di kota Rengat
7. Hubungan faktor lingkungan sosial dengan ide bunuh diri pada remaja di kota Rengat adalah tidak terdapat hubungan yang signifikan antara faktor lingkungan dengan ide bunuh diri pada remaja di kota Rengat
8. Hubungan faktor biologis dengan ide bunuh diri pada remaja di kota Rengat adalah terdapat hubungan yang signifikan antara faktor biologis dengan ide bunuh diri pada remaja di kota Rengat
9. Hubungan faktor riwayat bunuh diri dengan ide bunuh diri pada remaja di kota Rengat adalah tidak terdapat hubungan yang signifikan antara faktor riwayat bunuh diri dengan ide bunuh diri pada remaja di kota Rengat
10. Hubungan faktor orientasi seksual dengan ide bunuh diri pada remaja di kota Rengat adalah tidak terdapat hubungan yang signifikan antara faktor orientasi seksual dengan ide bunuh diri pada remaja di kota Rengat
11. Faktor dominan yang memiliki hubungan erat dengan ide bunuh diri adalah faktor psikologis.

B. Saran

1. Bagi Pihak Sekolah

Meningkatkan pelayanan keperawatan jiwa dikomunitas melalui pengaktifan UKSJ pada sekolah sebagai media pembentukan *peer education* pada remaja maupun secara individu disekolah, sehingga dapat mengidentifikasi lebih dini tentang adanya ide bunuh diri pada remaja.

2. Peneliti selanjutnya

Disarankan pada peneliti selanjutnya untuk melakukan penelitian lebih lanjut tentang faktor risiko bunuh diri pada kelompok usia lain seperti pada dewasa awal dan lansia. Peneliti selanjutnya juga dapat melakukan terapi yang dapat diberikan kepada remaja yang memiliki ide bunuh diri, sehingga dapat menjadi tindak lanjut dari tingginya angka ide bunuh diri pada remaja di Rengat.



DAFTAR PUSTAKA

- Agerbo, E., Nordentoft, M., & Mortensen, P.B. (2002). Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: Nested case-control study. *British Medical Journal*
- Altangerl, U, Liou, J. C, Pi-Ming Ye. (2014). Prevalence and Predictors of Suicidal Behavior Among Mongolian High School Students. *Community Ment Health J* .50:362–372 DOI 10.1007/s10597-013-9657-8
- Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression anxiety stress scales in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*, 10, 176–181
- Bagalkot, T.R., Park, J., Kim, H.T, Kim, H.M, Kim, S.M., Yoon, M.S., Hee Ko, S., Cho, H.C, and Chung, Y.C. (2014). Lifetime prevalence of and Risk Factors for Suicidal ideation and Suicide attempts in a Korean community Sample. *Psychiatry* 77
- Billiocta, Y, Sani, A, Jaya, G.D. (2015). Tragis, siswa-siswi ini bunuh diri karena masalah percintaan. Website: <http://www.merdeka.com/peristiwa/tragis-siswa-siswi-ini-bunuh-diri-karena-masalah-percintaan.html>
- Bertera, M. E, (2007). The Role of Positive and Negative Social Exchanges Between Adolescents, their Peers and Family as Predictors of Suicide Ideation. *Child Adolesc Soc Work J* 24:523–538 DOI 10.1007/s10560-007-0104-y
- Biddle, L., Gunnell, D., Sharp, D., & Donovan, J. (2004). Factors influencing help seeking in mentally distressed young adults: A cross-sectional survey. *British Journal of General Practice*
- Bridge, A.J, Goldstein, R.T, David, A.D. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47:3/4 doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x
- Caskey .(2007). Adolescent Adjustment to the Middle School Transition: The Intersection of Divorce and Gender in Review. *Nasional Middle Scholl Association*
- Centre For Disease Control and Prevention. (2016). Suicide. Website : www.cdc.gov/ViolencePrevention/suicide/index.html
- Cheng, C. C. J., Yen, W. J., Chang, W.T., Wu, K. K. C., Ko, M.C., Li, C.Y. (2014). Risk of adolescent offspring's completed suicide increases with

prior history of their same-sex parents' death by suicide. *Psychological Medicine* 44, 1845–1854. Cambridge University Press 2013
doi:10.1017/S0033291713002298

Chung, S, S& JoungH,K. (2012). Risk Factors Related to Suicidal Ideation and Attempted Suicide: Comparative Study of Korean and American Youth. *The Journal of School Nursing*

Cho, Y., Haslam, N. (2010). Suicidal Ideation and Distress Among Immigrant Adolescents: The Role of Acculturation, Life Stress, and Social Support. *J Youth Adolescence* 39:370–379 DOI 10.1007/s10964-009-9415-y

Christiansen, E, Goldney, R.,D,Beautrai, L., Agerbo, E. (2010). Youth suicide attempts and the dose-response relationship to parental risk factor: a population based study. *Psychological Medicine*. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291710000747>

David C. R. Kerr, Lesli J. Preuss, and Cheryl A. King. (2006). Suicidal Adolescents' Social Support from Family and Peers: Gender-Specific Associations with Psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology* DOI: 10.1007/s10802-005-9005-8

Dharma, K. K. (2011). *Metodologi penelitian keperawatan : Panduan Melaksanakan dan Menerapkan Hasil Penelitian*. Jakarta : TIM

De Leo, D., Cerin, E., Spathonis, K., & Burgis, S. (2005). Lifetime risk of suicide ideation and attempts in an Australian community: Prevalence, suicidal process, and help-seeking behaviour. *Journal of Affective Disorder*, 86(2–3), 215–224.

Dewi, L.A.K & Hamidah. (2013). Hubungan antara Kesepian dengan Ide Bunuh Diri pada Remaja dengan Orangtua yang Bercerai. *Jurnal Psikologi Klinis dan Kesehatan Mental*

Farhangdoost, Y. (2010). Determining Risk Factors and Demographic Patterns of Suicide in Tehran. *Polish Psychological Bulletin*, vol 41 (2), 52-57 DOI - 10.2478/v10059-010-0007-1

Filippis, D.S, Erbuto, D. Gentili, F, Innamorati, M, Lester, D, Tatarelli, R, Martelletti P, Pompili, M. (2008). Mental turmoil, suicide risk, illness perception, and temperament, and their impact on quality of life in chronic daily headache. *J Headache Pain* 9:349–357 DOI 10.1007/s10194-008-0072-4

Forintos, D. P, Sallai, J, Rózsa, S. (2010). Adaptation of the Beck Hopelessness Scale in Hungary. *Psychological Topics*

- Fortinash, & Worret, H. (2012). *Psychiatric Mental Health Nursing*. St. Louis : Elsevier
- Gomez, J, Miranda, G , Polanco, L. (2011). Acculturative Stress, Perceived Discrimination, and Vulnerability to Suicide Attempts Among Emerging Adults. *J Youth Adolescence* 40:1465–1476 DOI 10.1007/s10964-011-9688-9
- Gomez, F (n.d.) A Guide to the Depression, Anxiety and Stress Scale. Consultant Clinical Psychologist. Website: https://www.cesphn.org.au/images/mental_health/Frequently_Used/Outcome_Tools/Dass21.pdf
- Grunbaum, J.A., Kann, L., Kinchen, S., Ross, J., Hawkins, J., Lowry, R., et al. (2004). Youth risk behavior surveillance – United States, 2003. *MMWR Surveillance Summaries: Morbidity and Mortality Weekly Report Surveillance Summaries/CDC*
- Guzmdn, R.M.A., V. Nelly Salgado de Snyder; Romero, M. and Mora, M.E.M. (2004). Paternal Absence And International Migration: Stressors And Compensators Associated With ! e *Mental Health Of Mexican Teenagers Of Rural Origin. Adolescence*, 39 (156)
- Hastono, S, P. (2007). *Analisis Data Kesehatan*. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
- Hawari, D. (2013). *Manajemen stres, cemas dan depresi*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
- Henry, D. J., R. Crawford. (2005). The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*. DOI:10.1348/014466505X29657
- Hogan, M., Przybylowicz, A.,T., Vacek, J. (2013). *Mental Health Nursing Reviews & Rasionales Third Edition*. USA: Pearson Education
- Huang, Z.J., Wong, F.Y., Ronzio, C.R. and Yu, S.M. (2007). Depressive Symptomatology and Mental Health Help-Seeking Patterns of U.S.- and Foreign-Born Mothers. *Matern Child Health J*, 11: 257–267
- Huen, IP, Ho & Yip,. (2015). Hope and Hopelessssness. The Role of Buffering the Impact of Hopelessness on suicidal Ideation. *Plos One*, 10(6)

- Ibrahim, N, Amit, N, Suen, W.Y.M (2014). Psychological Factors as Predictors of Suicidal Ideation among Adolescents in Malaysia. *PLoS ONE* 9(10): e110670. doi:10.1371/journal.pone.0110670
- Indarjo, S. (2009). Kesehatan Jiwa Remaja. *Jurnal Kesehatan Masyarakat* <http://journal.unnes.ac.id/index.php/kema>
- Jacobson, M. C, Marrocco, F, Kleinman, M, Gould, S. M,. (2011). Restrictive Emotionality, Depressive Symptoms, and Suicidal Thoughts and Behaviors Among High School Students. *J Youth Adolescence* 40:656–665 DOI 10.1007/s10964-010-9573-y
- Jonas JB, Nangia V, Rietschel M, Paul T, Behere P, et al. (2014) Prevalence of Depression, Suicidal Ideation, Alcohol Intake and Nicotine Consumption in Rural Central India. The Central India Eye and Medical Study. *PLoS ONE* 9(11): e113550. doi:10.1371/journal.pone.0113550
- Kaplan, I. H., Sadock, B. J., Grebb, J. A. (2010). Sinopsis Psikiatri Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis. Tangerang: Binarupa Aksara
- Keliat, et.al. (2010). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas (CMHN) Basic Course*. Jakarta: EGC
- Kessler, R. C., Berglund, P., Borges, G., Nock, M., & Wang, P. S. (2005). Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990–1992 to 2001–2003. *Journal of the American Medical Association*, 293(20), 2487–2495. Website : <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=200954&resultclick=1>
- Kovacs, M, Weissman, A. (2016). Assessment of suicidal ideation: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of consulting and clinical psychology*. DOI: 10.1037/0022-006X.47.2.343 · Source: PubMed
- Liu, R, T., & Mustanski, B. (2012). Suicidal Ideation and Self-Harm in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth. *American Journal of Preventive Medicine*
- Low, N.L.P, Dugas,E,. O’Loughlin, E. Roudrigues, D., Contreras,G., Calton, M. (2012). Common Stressfull Live Events and Difficulty are Associated with Mental Health Symptoms and Substance Uce in Young Adolescent. *BMC Psyciatric*
- Machfoedz. (2009). *Metodologi Penelitian (Bidang Kesehatan, Keperawatan, Kebidanan dan Kedokteran*. Yogyakarta: Fitramaya

- Malik S, Kanwar A, Sim LA, Prokop LJ, Wang Z, et al. (2014) The association between sleep disturbances and suicidal behaviors in patients with psychiatric diagnoses: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev* 3: 18. *Systematic review journal*. doi: 10.1186/2046-4053-3-18
- Maniam, T., Marhani, M., Firdaus, M., Kadir, A.B., Mazni, M. J., A. Azizul, A., Salina, A., Fadzillah, A., R, Nurashikin, I Ang, K.T., Jasvendar, K, Noor, A. (2014). Risk factors for suicidal ideation, plans and attempts in Malaysia — Results of an epidemiological survey. *Comprehensive Psychiatry* 5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsych.2013.08.004>
- Maramis, W.F. (2004). *Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya: Airlangga University Press
- Meyer, H. I., Dietrich, J, Schwartz,S. (2008). Lifetime Prevalence of Mental Disorders and Suicide Attempts in Diverse Lesbian, Gay, and Bisexual Population. *American Journal of Public Health* , Vol 98, No. 6
- Muhith, A. (2015). *Pendidikan Keperawatan Jiwa (Teori dan Aplikasi)*. Yogyakarta: Penerbit Andi
- Nasution, K. I. (2007). Perilaku Merokok pada Remaja. *USU Repository*
- Nasional Geographic Indonesia. (2015). Bunuh diri di usia produktif. Website: <http://nationalgeographic.co.id/berita/2015/09/bunuh-diri-di-usia-produktif>
- Niederkrötenhaler, T., Rasmussen, F., Rutz,M.E. (2012). Perinatal conditions and parental age at birth as risk markers for subsequent suicide attempt and suicide: a population based case-control study. *Eur J Epidemiol* 27:729–738 DOI 10.1007/s10654-012-9724-4
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : PT.Rineka Cipta
- O'Donnell, S, Meyer, H. I, and Schwartz, S. (2011). Increased Risk of Suicide Attempts Among Black and Latino Lesbians, Gay Men, and Bisexuals. *American Journal of Public Health* Vol 101, No. 6
- Osman, A., Bagge, C.L., Gutterez, P.M, Konick, L.C, Kooper, B. A,Barrios, F.X. (2001). The Suicidal Behaviour Questionnaire-Revised (SBQ-R): Validation with clinical and nonclinical sample, *Assesment* (5) 443-454
- Page, R. M., Yanagishita, J., Suwanteerangkul, J., Zarco, E. P., Mei-Lee, C., & Miao, N. F. (2006). Hopelessness and loneliness among suicide attempters in school-based samples of Taiwanese, Philippine and Thai adolescents. *School Psychology International*, 27(5), 583-598

- Patel, S.C & Jakopac, K. A. (2012). *Manual of Psychiatric Nursing Skills*. USA: Jones & Barlet Learning
- Perlis R, et al. (2010) Genome-wide association study of suicide attempters admitted to the emergency department. *Am J Psychiatry*
- Pisani, A.R., Cone K.S., Gunzler, D., Petrova, M., •Goldston, D. B., Tu, X., Wyman, P. A. (2012). Associations Between Suicidal High School Students' Help-Seeking and Their Attitudes and Perceptions of Social Environment. *J Youth Adolescence 41:1312–1324* DOI 10.1007/s10964-012-9766-7
- Pompili, M, Cosimo, D.C, Innamorati, M, Lester, Tatarelli, R, Martellett. (2009). Psychiatric comorbidity in patients with chronic daily headache and migraine: a selective overview including personality traits and suicide risk. *P J Headache Pain 10:283–290* DOI 10.1007/s10194-009-0134-2
- Polit, D. F., & Beck, C.T. (2010) *Nursing research: Generating and assesing evidence for nursing practice. 9th ed.* Philadhelpia: Lippincott Williams & Wilkins
- Reynolds, W. M., Mazza, J.J (1999). Assesment of suicidal ideation in inner-city shildren and young adolescent: reliability and validity of the suicidal ideation questionnaire-JR. *School Psychology Review, 28, 17-30*. Didapatkan kembali dari <http://search.proquest.com/>
- Reinherz, H. Z., Tanner, J. L., Berger, R. S., Beardsle, W.R. (2006). Adolescent Suicidal Ideation as Predictive of Psychopathology, Suicidal Behavior, and Compromised Functioning at Age 30. *Am Journal Psychiatric.*
- Mallo, H. & Ronda, D. (2006). Analisis Faktor Penyebab Utama Kecendrungan Bunuh Diri Kalangan Remaja yang Berusia 15-17 tahun di Makassar.
- Ribeiro, D. J., Franklin, C., J., Fox, K., R., Bentley, K., H., Kleiman, M., E., Chann, B., P., Nock, K., M. (2015). Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Medicine*. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291715001804>
- Sastroasmoro, S (2011). *Dasar-Dasar Metodologi Klinis. Edisi 4*. Jakarta: Sagung Seto

- Scanlan, F., Purcell, R., (2009). *MythBuster: Suicidal Ideation*. National Youth Mental Health Foundation. Orygen Youth Health Research Centre. info@headspace.org.au
- Scott, N.L, Pilkonis, A.P, Hipwell, E.a, Keenan, K, Stepp, D. S. (2015). Non-suicidal self-injury and suicidal ideation as predictors of suicide attempts in adolescent girls: A multi-wave prospective study *Comprehensive Psychiatry* 58 1 –10
- Shahar, G., Bareket, L., Rudd, D.M. (2006). In severely suicidal young adults, hopelessness, depressive symptoms, and suicidal ideation constitute a single syndrome. *Psychological Medicine*, 36, 913–922. doi:10.1017/S0033291706007586
- Stone, D.M, Luo, F., Ouyang, L., Lippy, C., Hertz, M.F., Crosby, A.E. (2014). Sexual Orientation and Suicide Ideation, Plans, Attempts, and Medically Serious Attempts: Evidence From Local Youth Risk Behavior Surveys, 2001–2009. *American Journal of Public Health Vol.104 No.2*
- Stone, Deborah M.; Luo, Feijun; Lippy, Caroline; and McIntosh, Wendy LiKamWa. (2015). The Role of Social Connectedness and Sexual Orientation in the Prevention of Youth Suicide Ideation and Attempts Among Sexually Active Adolescents. *Public Health Resourc*
- Stuart, W. G. (2013). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart Vol 1&2*. Singapore : Elsevier
- Stuart, W. G. (2007). *Buku saku Keperawatn Jiwa edisi 5*. Jakarta: EGC
- Sugiyono. (2011). *Metodologi penelitian kuantitatif, kualitatif dan r&d*. Bandung : Alfabeta
- Tim Penulis Poltekkes Depkes Jakarta I. (2012). *Kesehatan Remaja Problem dan Solusinya*. Jakarta : Salemba Medika
- Townsend, M.C. (2011). *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing*. Philadelphia : Davis Company
- Videbeck, L. S. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta : EGC
- Wade, C & Tavis, C. (2007). *Psikologi*. Surabaya : Erlangga
- Wilcox, H.C, Kuramoto, S. J, Lichtenstein, P., Långström, N., Brent, M.D., Bo Runeson (2010) Psychiatric Morbidity, Violent Crime, and Suicide Among Children and Adolescents Exposed to Parental Death. *Journal of the american academy of child & adolescent psychiatry*

Wong, D.L (2006) Buku Ajar Keperawatan Anak. Jakarta : EGC

WHO. (2015). Mental Health. Quality of suicide mortality data Website :
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/wspd/en/

Yasril, Kasjono,H.S.(2009). *Analisis Multivariat untuk peneliti kesehatan*.
Yogyakarta: Mitra Cendikia

Zhang, J., Zhou, L. (2011). Suicidal Ideation, Plans, and Attempts Among Rural Young Chinese: The Effect of Suicide Death by a Family Member or Friend. *Community Ment Health J* 47:506–512
DOI 10.1007/s10597-010-9332-2

Zhang XY, Wang HP, Xia Y, Liu XH, Jung EJ (2011) Stress, coping and suicide ideation in Chinese college students. *J Adolesc* 35: 1–8

Zhang W-C, Jia C-X, Zhang J-Y, Wang L-L, Liu X-C (2015) Negative Life Events and Attempted Suicide in Rural China. *PLoS ONE* 10(1): e0116634. doi:10.1371/journal.pone.0116634

Zhao Y, Montoro R, Igartua K, Thombs BD. (2010). Suicidal ideation and attempt among adolescents reporting “unsure” sexual identity or heterosexual identity plus samegender attraction or behavior: forgotten groups? *J AmAcad Child Adolesc Psychiatry*

Zimet, G.D., Powell, S.S., Farley, G.K., Werkman, S. & Berkoff, K.A. (2016). Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 55, 610-17



Lampiran

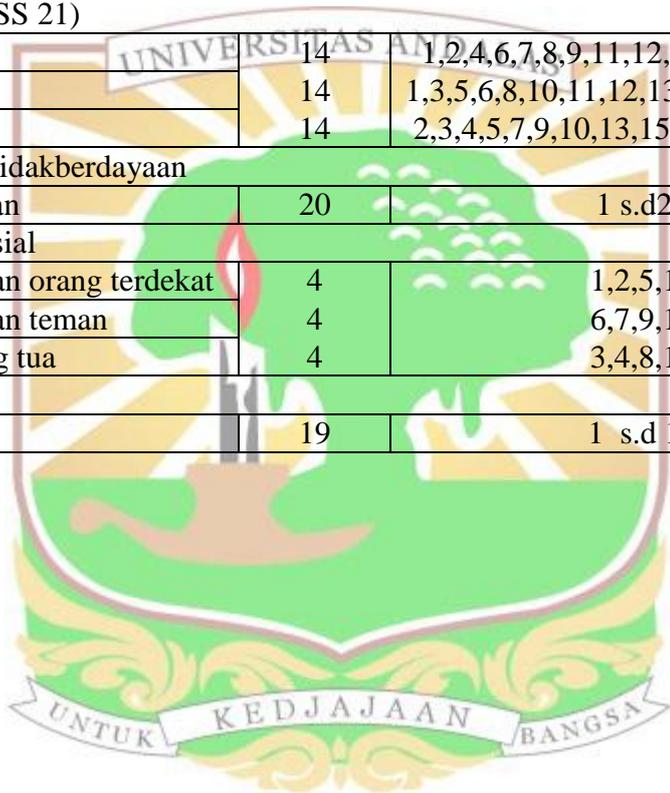
LEMBAR KONSULTASI TESIS

NAMA MAHASISWA : NUR AULIA
 BP : 1421312025
 PEMBIMBING TESIS : Dr.YULASTRI ARIF, M. Kep
 JUDUL TESIS : ANALISIS HUBUNGAN FAKTOR RISIKO BUNUH DIRI REMAJA DENGAN IDE BUNUH DIRI PADA REMAJA DI RENGAT KABUPATEN INDRAGIRI HULU

NO	HARI/TANGGAL	HASIL KONSULTASI	TANDA TANGAN PEMBIMBING
1.	Rabu, 15 Juni 2016	Perbaiki Pengolahan data Perbaiki Definisi Operasional Perbaiki Kerangka konsep	
2.	Senin, 21 Juni 2016	- Hasil penelitian sesuai dgn tujuan penelitian - Perbaiki pembuatan tabel	
		- Perbaiki kalimat pd Interpretasi data - Perbaiki kesimpulan dan saran - sesuaikan output & hasil.	
2.	Senin, 21 Juni 2016	- Perbaiki Interpretasi data dan tabel hasil penelitian - Perbaiki pembalasan - perbaiki kesimpulan dan saran	
		- lengkapi tabel - tambahkan number data / tabel	
3.	Senin, 27 Juni 2016	- Perbaiki sesuai saran - lengkapi tabel - Ace line	

Kisi-Kisi Instrument Penelitian

No	Pokok Bahasan Materi Pernyataan	Jumlah	Nomor Soal
Faktor-Faktor Risiko Bunuh Diri			
1.	Faktor Keluarga	2	2 dan 4
2.	Faktor Psikologis : Pengguna Napza	1	7
3.	Faktor Lingkungan Sosial	2	1, 3, 5 dan 6
4.	Faktor Biologi	1	8
5.	Faktor Riwayat Bunuh Diri	1	9
6.	Faktor Orientasi Seksual	1	10
Faktor Psikologis (DASS 21)			
1.	Depresi	14	1,2,4,6,7,8,9,11,12,14,15,18,19,20
2.	Kecemasan	14	1,3,5,6,8,10,11,12,13,14,16,17,18,21
3.	Stress	14	2,3,4,5,7,9,10,13,15,16,17,19,20,21
Faktor Psikologis : Ketidakberdayaan			
1.	Ketidakberdayaan	20	1 s.d.20
Faktor Lingkungan Sosial			
1.	Hubungan dengan orang terdekat	4	1,2,5,10
2.	Hubungan dengan teman	4	6,7,9,12
3.	Dukungan Orang tua	4	3,4,8,11
Ide Bunuh Diri			
1.	Ide Bunuh Diri	19	1 s.d 19



INSTRUMENT PENELITIAN

Kode

I. DATA DEMOGRAFI

Initial :
Jenis Kelamin :
Usia : tahun

II. FAKTOR RISIKO BUNUH DIRI REMAJA

Silahkan beri tanda \surd pada salah satu jawaban anda

1. Apakah anda tinggal bersama orangtua? Ya Tidak
2. Apakah anda memiliki orangtua yang bercerai? Ya Tidak
3. Apakah anda menceritakan masalah yang ada alami? Ya Tidak
4. Apakah anda memiliki anggota keluarga yang pernah bunuh diri?
Ya Tidak
5. Apakah anda memiliki teman dengan riwayat bunuh diri? Ya
Tidak
6. Apakah anda memiliki pengalaman hidup yang menyakitkan dan tidak
bisa dilupakan? Ya Tidak
7. Apakah anda menggunakan napza? Ya Tidak
8. Apakah anda memiliki keluhan penyakit fisik seperti sakit kepala atau
nyeri perut yang sering berulang? Ya Tidak
9. Apakah anda pernah melakukan usaha bunuh diri sebelumnya?
Ya Tidak
10. Apakah anda mengalami disorientasi seksual (seperti: gay, lesbian,
biseksual)? Ya Tidak

BECK' HOPELESSNESS SCALE

Kuisisioner terdiri dari 20 pertanyaan. dimohonkan untuk membaca pertanyaan dengan seksama satu per satu. jika pernyataannya mendeskripsikan diri dalam beberapa minggu kebelakang termasuk hari ini maka silahkan tulis huruf 'B' atau benar. Jika pernyataan tidak sesuai dengan keadaan anda silahkan tulis huruf 'S' atau salah.

No	Pernyataan	B (Betul)/S (Salah)
1.	Saya menatap masa depan dengan antusias dan penuh harap	
2.	Saya mudah menyerah karena tidak ada hal yang biasa saya lakukan untuk membuat diri saya merasa lebih baik	
3.	Saya sedang berada dalam situasi yang sulit, saya percaya bahwa situasi yang sulit itu pasti akan berakhir	
4.	Saya tidak bisa membayangkan seperti apa hidup saya sepuluh tahun yang akan datang	
5.	Saya merasa memiliki waktu yang cukup untuk melakukan hal-hal yang saya sukai	
6.	Di masa depan saya berharap untuk sukses dibidang yang saya sukai	
7.	Saya tidak bisa membedakan masa depan saya seperti apa	
8.	Saya merasa beruntung dan berharap untuk terus memperoleh keberuntungan dari pada kebanyakan orang	
9.	Saya bukan orang yang beruntung sehingga saya ragu apakah saya memperoleh keberuntungan dimasa depan	
10.	Pengalaman saya dimasa lalu membuat saya lebih siap untuk menghadapi masa depan	
11.	Dalam bayangan saya dimasa depan saya akan lebih banyak mengalami kesulitan daripada kemudahan	
12.	Saya ragu apakah saya bisa meraih cita-cita	
13.	Ketika saya membayangkan masa depan saya berharap akan lebih bahagia dari pada saya yang sekarang	
14.	Apakah yang saya harapkan tidak sesuai dengan yang saya inginkan	
15.	Saya yakin masa depan saya akan cerah	
16.	Saya tidak pernah mendapatkan apa yang saya inginkan, oleh karena itu saya rasa percuma untuk mengharapakan sesuatu	
17.	Sangat tidak mungkin bagi saya untuk benar-benar merasakan kepuasan dimasa depan	
18.	Saya merasa masa depan saya masih belum jelas dan belumpasti	
19.	Saya rasa saya pantas mendapatkan masa-masa yang menyenangkan dari pada masa-masa sulit	
20.	Tidak ada gunanya berusaha untuk mendapatkan apa yang saya inginkan karena mungkin benar saya tidak akan berhasil mendapatkannya	

SCALE OF SUICIDE IDEATION

Kuisisioner terdiri dari 19 pertanyaan dengan pilihan 0,1 dan2. Dimohonkan untuk membaca pertanyaan dengan seksama satuper satu. Silahkan berikan tanda silang pada salah satu poin pernyataan yang mendeskripsikan diri anda.

No	Item	Respon	Poin
1.	Keinginan untuk Hidup	Sedang hingga besar	
		Lemah	
		Tidak Ada	
2.	Keinginan untuk mati	Tidakada	
		Lemah	
		Sedang hingga besar	
3.	Alasan untuk hidup/mati	Keinginan untuk hidup lebih besar dari pada mati	
		Keinginan untuk mati sama besar dengan keinginan untuk hidup	
		Keinginan untuk mati lebih besar dari pada untuk hidup	
4.	Keinginan untuk membuat percobaan bunuhdiri	Tidak ada	
		Lemah	
		Sedang hingga kuat	
5.	Pemikiran untuk bunuh diri	Masih ingin untuk hidup	
		Akan menyerahkan kehidupan atau kematian terhadap takdir	
		Tidak ingin diselamatkan	
6.	Lama timbulnya ide bunuh diri	Periodesingkat	
		Periode Lama	
		Terus menerus (kronis)/hampir terus menerus	
7.	Frekuensi ide bunuh diri	Jarang	
		Kadang-kadang	
		Terus menerus atau berkelanjutan	
8.	Tindakan yang dilakukan saat munculnya ide bunuh diri	Menolakide bunuh diri	
		Bingung ingin menolak/menerima	
		Menerima ide bubuh di	
9.	Pengendalian terhadap aksi bunuh diri	Bisa mengontrol	
		Tidak yakin bisa mengontrol	
		Tidak bisa mengontrol	
10.	Pencegahan untuk percobaan bunuh diri	Tidak akan mencoba bunuh diri karena ada yang mencegah	
		Ragu akan melakukan bunuh diri karena adanya pencegahan	
		Tetap akan melakukan bunuh diri walaupun ada yang mencegah	

11.	Alasan untuk mencoba bunuh diri	Untuk mendapatkan perhatian/balas dendam	
		Gabungan dari keinginan untuk mendapatkan perhatian dan keinginan untuk lepas dari masalah	
		Jalan keluar untuk menyelesaikan masalah	
12.	Metode yang akan dilakukan untuk percobaan bunuh diri	Belum jelas	
		Sudah jelas tetapi belum secara rinci	
		Sudah terencana dengan baik	
13.	Metode: kesempatan untuk melaksanakan percobaan bunuh diri	Metode tidak tersedia atau tidak ada kesempatan	
		Metode akan memakan waktu dan tenaga, kesempatan belum tersedia	
		Metode dan kesempatan tersedia	
		Menanti ketersediaan kesempatan dimasa yang akan datang	
14.	Kemampuan untuk melakukan bunuh diri	Tidak ada keberanian,terlalu lemah, takut tidak bisa melakukan bunuh diri	
		Tidak yakin berani atau bisa melakukan bunuh diri	
		Yakin berani melakukannya	
15.	Keinginan untuk benar-benar bunuh diri	Tidak	
		Tidak Yakin	
		Ya	
16.	Persiapan sebenarnya untuk melaksanakan aksi bunuh diri	Tidak ada	
		Telah memulai tetapi belum siap, hanya berfikir tentang hal tersebut	
		Telah siap	
17.	Ada pesan tertulis(surat) bunuh Diri	Tidak ada	
		Telah memulai tetapi belum siap, hanya berfikir tentang hal tersebut	
		Telah siap	
18.	Rencana tindakan terakhir sebelum menghadapi kematian	Tidakada	
		Sudah difikirkan atau sudah melakukan beberapa tindakan	
		Sudah membuat rencana atau sudah melaksanakan tindakan tersebut	
19.	Pura-pura memiliki ide bunuh diri	Mengungkapkan ide secara terbuka	
		Merahasiakan ide tersebut	
		Berbohong dengan mengatakan benar-benar ingin bunuh diri	

Instrumen Dukungan Sosial

Petunjuk : Kami tertarik pada bagaimana perasaan anda tentang pernyataan beriku. Baca setiap pertanyaan dengan teliti. Mengidentifikasi bagaimana perasaan anda pada setiap pernyataan. Berikan tanda \surd pada kolom disamping pernyataan yang sesuai menurut anda.

Keterangan :

STS : Sangat Tidak Setuju

TS : Tidak Setuju

S : Setuju

SS : Sangat Setuju

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1.	Ada seseorang yang special yang ada disekitar saya ketika saya butuh				
2.	Ada seseorang yang special dimana saya bisa berbagi suka dan duka				
3.	Keluarga saya selalu membantu saya				
4.	Saya mendapatkan dukungan emosional yang saya butuhkan dari keluarga saya				
5.	Saya memiliki seseorang yang membuat saya nyaman				
6.	Teman-teman saya benar-benar mencoba membantu saya				
7.	Saya dapatmengandalkan teman-teman saya ketika saya mengalami kesalahan				
8.	Saya dapat berbicaratentang masalah saya dengan keluarga saya				
9.	Saya punya teman untuk berbagi suka dan duka				
10.	Ada seseorang yang peduli tentang perasaan saya				
11.	Keluarga saya bersedia untuk membantu saya membuat keputusan				
12.	Saya dapat berbicara tentang masalah dengan teman				

Instrument Depresi, Ansietas dan Stres

Silakan baca setiap pernyataan dan lingkaran angka 0, 1, 2 atau 3 yang menunjukkan berapa banyak pernyataan yang diterapkan untuk Anda selama seminggu terakhir. Tidak ada jawaban benar atau salah. Skala penilaian adalah sebagai berikut:

- 0 Tidak berlaku untuk saya sama sekali – TIDAK PERNAH (TP)
- 1 Diterapkan kepada saya untuk beberapa derajat, atau beberapa waktu – TERKADANG (T)
- 2 Diterapkan saya ke tingkat yang cukup, atau bagian yang baik dari waktu – SERING (S)
- 3 Diterapkan saya sangat banyak, atau sebagian besar waktu - HAMPIR SELALU (HS)

TP T S HS

		TP	T	S	HS
1	Saya Merasa Sulit Bernafas				
2	Saya Menyadari Kekeringan Mulut Saya				
3	Saya Tidak Bisa Untuk Merasakan Perasaan Positif Pada Semua				
4	Saya Mengalami Kesulitan Bernapas (misalnya, pernapasan yang terlalu cepat, sesak napas karena tidak adanya tenaga fisik)				
5	Saya Merasa Sulit untuk Berinisiatif Bekerja Untuk Melakukan Sesuatu				
6	Saya Cenderung Bereaksi Berlebihan Terhadap Situasi				
7	Saya mengalami gemetar (misalnya, di tangan)				
8	Saya Merasa Bahwa Saya Menggunakan Banyak Energi Saraf				
9	Saya Khawatir tentang Situasi di Mana Saya Mungkin Panik dan Membodohi Diri Saya				
10	Saya Merasa Bahwa Saya Tidak Ada Melihat ke Depan				
11	Saya Merasakan Diri Saya Semakin Gelisah				
12	Saya Merasa Sulit untuk Bersantai				
13	Saya Merasa Sakit dan Sedih				
14	Saya tidak toleran terhadap apa pun yang saya miliki apa yang saya dapat dari yang saya lakukan				
15	Saya Merasa Mudah Panik				
16	Saya Tidak Mampu untuk Menjadi Antusias tentang Apapun				
17	Saya Merasa Saya Tidak Berharga Seperti Orang Lain				
18	Saya Merasa Bahwa Saya Agak Sensitif				
19	Saya Menyadari Tindakan Hatiku dengan Tidak Adanya Physical exertion (misalnya, Rasa Peningkatan Denyut Jantung, Kehilangan Detak Jantung				
20	Saya Merasa Takut Tanpa Alasan yang Jelas				
21	Saya Merasa Bahwa Hidup itu Tak Berarti				

Lampiran

Tabel 1
Analisis Item Kuisisioner Faktor Psikologis : Depresi

No	Pertanyaan	Tinggi		Rendah		Total	
		f	%	f	%	f	%
1	Saya Merasa Sulit Bernafas	136	37,3	229	62,7	365	100
2	Saya Menyadari Kekeringan Mulut Saya	228	62,5	137	37,5	365	100
4	Saya Mengalami Kesulitan Bernapas (misalnya, pernapasan yang terlalu cepat, sesak napas karena tidak adanya tenaga fisik)	120	32,9	245	67,1	365	100
6	Saya Cenderung Bereaksi Berlebihan Terhadap Situasi	226	61,9	139	38,1	365	100
7	Saya mengalami gemetar (misalnya, di tangan)	262	71,8	103	28,2	365	100
8	Saya Merasa Bahwa Saya Menggunakan Banyak Energi untuk Berfikir	305	83,6	60	16,4	365	100
9	Saya Khawatir tentang Situasi di Mana Saya Mungkin Panik dan Membodohi Diri Saya	235	64,4	130	35,6	365	100
11	Saya Merasakan Diri Saya Semakin Gelisah	188	51,5	177	48,5	365	100
12	Saya Merasa Sulit untuk Bersantai	205	56,2	160	43,8	365	100
14	Saya tidak mentoleransi apapun yang menghambat saya untuk mendapatkan sesuatu dari apa yang sudah saya lakukan	217	59,5	148	40,5	365	100
15	Saya Merasa Mudah Panik	253	69,3	112	30,7	365	100
18	Saya Merasa Bahwa Saya Agak Sensitif	265	72,6	100	27,4	365	100
19	Saya Menyadari kondisi ketika dada berdebar-debar ataupun detak jantung melemah	211	57,8	154	42,2	365	100
20	Saya Merasa Takut Tanpa Alasan yang Jelas	220	60,3	145	39,7	365	100

Tanda-tanda depresi berdasarkan hasil penelitian pada tabel 1 didapatkan gambaran bahwa sebagian besar remaja merasa bahwa banyak menggunakan energi untuk berfikir pada item no 8 adalah 83,6% dan sebagian besar remaja dengan nilai rendah pada item pertanyaan no 4 adalah 67,1% yaitu mengalami Kesulitan Bernapas (misalnya, pernapasan yang terlalu cepat, sesak napas karena tidak adanya tenaga fisik).

Tabel. 2
Analisis Item Kuisisioner Faktor Psikologis : Ansietas

No	Pertanyaan	Tinggi		Rendah		Total	
		f	%	f	%	f	%
1	Saya Merasa Sulit Bernafas	136	37,3	229	62,7	365	100
3	Saya Tidak Bisa Untuk Merasakan Perasaan Positif Pada Semua	211	57,8	154	42,2	365	100
5	Saya Merasa Sulit untuk Berinisiatif Bekerja Untuk Melakukan Sesuatu	238	65,2	127	34,8	365	100
6	Saya Cenderung Bereaksi Berlebihan Terhadap Situasi	226	61,9	139	38,1	365	100
8	Saya Merasa Bahwa Saya Menggunakan Banyak Energi untuk Berfikir	305	83,6	60	16,4	365	100
10	Saya Merasa Bahwa Saya Tidak Punya Pandangan untuk Masa Depan	96	26,3	269	73,7	365	100
13	Saya Merasa Sakit dan Sedih	257	70,4	108	29,6	365	100
15	Saya Merasa Mudah Panik	253	69,3	112	30,7	365	100
16	Saya Tidak Mampu untuk Menjadi Antusias tentang Apapun	184	50,4	181	49,6	365	100
17	Saya Merasa Saya Tidak Berharga Seperti Orang Lain	146	40,0	219	60,0	365	100
19	Saya Menyadari kondisi ketika dada berdebar-debar ataupun detak jantung melemah	211	57,8	150	42,2	365	100
20	Saya Merasa Takut Tanpa Alasan yang Jelas	220	60,3	145	39,7	365	100
21	Saya Merasa Bahwa Hidup itu Tak Berarti	80	21,9	285	78,1	365	100

Tanda-tanda ansietas berdasarkan hasil penelitian pada tabel 2 didapatkan gambaran bahwa hampir seluruhnya remaja dengan nilai tinggi merasa bahwa banyak menggunakan energi untuk berfikir pada item no 8 adalah 83,6% dan sebagian besar remaja dengan nilai rendah pada item pertanyaan no 21 adalah 78,1% yaitu saya merasa bahwa hidup itu tak berarti

Tabel. 3
Analisis Item Kuisisioner Faktor Psikologis : Stres

No	Pertanyaan	Tinggi		Rendah		Total	
		f	%	f	%	f	%
2	Saya Menyadari Kekeringan Mulut Saya	228	62,5	137	37,5	365	100
3	Saya Tidak Bisa Untuk Merasakan Perasaan Positif Pada Semua	211	57,8	154	42,2	365	100
4	Saya Mengalami Kesulitan Bernapas (misalnya, pernapasan yang terlalu cepat, sesak napas karena tidak adanya tenaga fisik)	120	32,9	245	67,1	365	100
5	Saya Merasa Sulit untuk Berinisiatif Bekerja Untuk Melakukan Sesuatu	238	65,2	127	34,8	365	100
7	Saya mengalami gemetar (misalnya, di tangan)	262	71,8	103	28,2	365	100
9	Saya Khawatir tentang Situasi di Mana Saya Mungkin Panik dan Membodohi Diri Saya	235	64,4	130	35,6	365	100
10	Saya Merasa Bahwa Saya Tidak Punya Pandangan untuk Masa Depan	96	26,3	269	73,7	365	100
13	Saya Merasa Sakit dan Sedih	257	70,4	108	29,6	365	100
15	Saya Merasa Mudah Panik	253	69,3	112	30,7	365	100
16	Saya Tidak Mampu untuk Menjadi Antusias tentang Apapun	184	50,4	181	49,6	365	100
17	Saya Merasa Saya Tidak Berharga Seperti Orang Lain	146	40,0	219	60,0	365	100
19	Saya Menyadari kondisi ketika dada berdebar-debar ataupun detak jantung melemah	211	57,8	154	42,2	365	100
20	Saya Merasa Takut Tanpa Alasan yang Jelas	220	60,3	145	39,7	365	100
21	Saya Merasa Bahwa Hidup itu Tak Berarti	80	21,9	285	78,1	365	100

Tanda-tanda stres berdasarkan hasil penelitian pada tabel 3 didapatkan gambaran bahwa sebagian besar remaja dengan nilai tinggi mengalami gemetar pada item no 7 adalah 71,8% dan sebagian besar remaja dengan nilai rendah pada item pertanyaan no 21 adalah 78,1% yaitu saya merasa bahwa hidup itu tak berarti.

Tabel .4
Analisis Item Kuisisioner Faktor Psikologis : Ketidakberdayaan

No	Pernyataan	Tinggi		Rendah		Total	
		f	%	f	%	f	%
1.	Saya menatap masa depan dengan antusias dan penuh harap	359	98,4	6	1,6	365	100
2.	Saya mudah menyerah karena tidak ada hal yang biasa saya lakukan untuk membuat diri saya merasa lebih baik	53	14,5	312	85,5	365	100
3.	Saya sedang berada dalam situasi yang sulit,saya percaya bahwasituasiyang sulit itu pastiakan berakhir	329	90,1	36	9,9	365	100
4.	Saya tidak bisa membayangkan sepertiapa hidup saya sepuluh tahun yang akan datang	278	76,2	87	23,8	365	100
5.	Saya merasa memiliki waktu yang cukup untukmelakukan hal-hal yang saya sukai	303	83,0	62	17,0	365	100
6.	Di masa depan sayaberharap untuksukses dibidang yang saya sukai	356	97,5	9	2,5	365	100
7.	Saya tidak bisa membedakan masa depan saya seperti apa	194	53,2	171	46,8	365	100
8.	Saya merasa beruntung dan berharap untuk terus memperoleh keberuntungan dari pada kebanyakan orang	270	74,0	95	26,0	365	100
9.	Saya bukan orang yang beruntung sehingga saya ragu apakah saya memperoleh keberuntungan dimasa depan	92	25,2	273	74,8	365	100
10.	Pengalaman saya dimasa lalu membuat saya lebih siap untuk menghadapi masa depan	339	92,9	26	7,1	365	100
11.	Dalam bayangan saya dimasa depan saya akan lebih banyak mengalami kesulitan daripada kemudahan	98	26,8	267	73,2	365	100
12.	Saya raguapakah saya bisa meraih cita-cita	120	32,9	245	67,1	365	100
13.	Ketika saya membayangkan masa depan saya berharap akan lebih bahagia dari pada saya yang sekarang	349	95,6	16	4,4	365	100
14.	Apakah yang saya harapkan tidaksesuai dengan yang saya inginkan	140	38,4	225	61,6	365	100
15.	Saya yakin masa depan saya akan cerah	347	95,1	18	4,9	365	100
16.	Saya tidak pernah mendapatkan apa yang saya inginkan,oleh karena itu saya rasa percuma untuk mengharapkan sesuatu	48	13,2	317	86,8	365	100
17.	Sangat tidak mungkin bagi saya untuk benar-benar merasakan kepuasan dimasa depan	194	53,2	171	46,8	365	100
18.	Saya merasa masa depan saya masih belum jelas dan belumpasti	192	52,6	173	47,4	365	100
19.	Saya rasa sayapantas mendapatkan masa-masa yang menyenangkan dari pada masa-masa sulit	323	88,5	42	11,5	365	100
20.	Tidak ada gunanya berusaha untuk mendapatkan apa yang saya inginkan karena mungkin benar saya tidak akan berhasil mendapatkannya	30	8,2	335	91,8	365	100

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 4 didapatkan gambaran bahwa hampir seluruh remaja dengan nilai tinggi menatap masa depan dengan antusias dan penuh harap pada item no 1 adalah 98,4% dan hampir seluruh remaja dengan nilai rendah pada item pertanyaan no 20 dengan pertanyaan Tidak ada gunanya berusaha untuk mendapatkan apa yang saya inginkan karena mungkin benar saya tidak akan berhasil mendapatkannya adalah 91,8%.

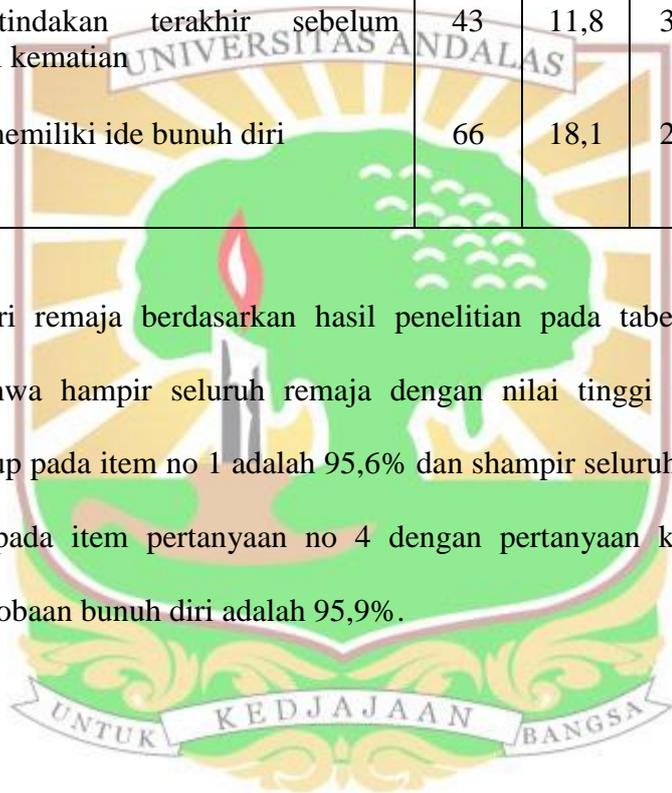


Tabel.5
Analisis Item Kuisisioner Ide Bunuh Diri

No	Pertanyaan	Tinggi		Rendah		Total	
		F	%	f	%	f	%
1.	Keinginan untuk Hidup	349	95,6	16	4,4	365	100
2.	Keinginan untuk mati	46	12,6	319	87,4	365	100
3.	Alasan untuk hidup	337	92,3	26	7,7	365	100
4.	Keinginan untuk membuat percobaan bunuh diri	15	4,1	350	95,9	365	100
5.	Pemikiran untuk bunuh diri	118	32,3	247	67,7	365	100
6.	Lama timbulnya ide bunuh diri	181	49,6	184	50,4	365	100
7.	Frekuensi ide bunuh diri	53	14,5	312	85,5	365	100
8.	Tindakan yang dilakukan saat munculnya ide bunuh diri	34	9,3	331	90,7	365	100
9.	Pengendalian terhadap aksi bunuh diri	34	9,3	331	90,7	365	100
10.	Pencegahan untuk percobaan bunuh diri	57	15,6	308	84,4	365	100
11.	Alasan untuk mencoba bunuh diri	313	85,8	52	14,2	365	100
12.	Metode yang akan dilakukan untuk percobaan bunuh diri	311	85,2	54	14,8	365	100
13.	Metode: kesempatan untuk melaksanakan percobaan bunuh diri	69	18,9	296	81,1	365	100

14.	Kemampuan untuk melakukan bunuh diri	101	27,7	264	72,3	365	100
15.	Keinginan untuk benar-benar bunuh diri	65	17,8	300	82,2	365	100
16.	Persiapan sebenarnya untuk melaksanakan aksi bunuh diri	27	7,4	338	92,6	365	100
17.	Ada pesan tertulis (surat) bunuh Diri	22	6,0	343	94,0	365	100
18.	Rencana tindakan terakhir sebelum menghadapi kematian	43	11,8	322	88,2	365	100
19.	Pura-pura memiliki ide bunuh diri	66	18,1	299	81,9	365	100

Ide bunuh diri remaja berdasarkan hasil penelitian pada tabel 5 didapatkan gambaran bahwa hampir seluruh remaja dengan nilai tinggi menatap memiliki keinginan hidup pada item no 1 adalah 95,6% dan hampir seluruh remaja dengan nilai rendah pada item pertanyaan no 4 dengan pertanyaan keinginan untuk membuat percobaan bunuh diri adalah 95,9%.



Tabel.6
Analisis Item Kuesioner Lingkungan Sosial : Hubungan dengan *Special Person*

No	Pernyataan	Tinggi		Rendah		Total	
		f	%	f	%	f	%
1.	Ada seseorang yang special yang ada disekitar saya ketika saya butuh	201	55,1	164	44,9	365	100
2.	Ada seseorang yang special dimana saya bisa berbagi suka dan duka	179	49,0	186	51,0	365	100
5.	Saya memiliki seseorang yang membuat saya nyaman	180	49,3	185	50,7	365	100
10.	Ada seseorang yang peduli tentang perasaan saya	212	58,1	153	41,9	365	100

Hubungan dengan *special person* berdasarkan hasil penelitian pada tabel 6 didapatkan gambaran bahwa sebagian besar remaja dengan nilai tinggi memiliki seseorang yang peduli tentang perasaan pada item no 10 adalah 58,1% dan hampir setengahnya dengan nilai rendah pada item pertanyaan no 2 dengan pernyataan Ada seseorang yang special dimana saya bisa berbagi suka dan duka adalah 51,0%.

Tabel. 7
Analisis Item Kuesioner Lingkungan Sosial: Hubungan dengan Teman

No	Pernyataan	Tinggi		Rendah		Total	
		f	%	f	%	f	%
6.	Teman-teman saya benar-benar mencoba membantu saya	240	65,8	125	34,2	365	100
7.	Saya dapat mengandalkan teman-teman saya ketika saya mengalami kesalahan	297	81,4	68	18,6	365	100
9.	Saya punya teman untuk berbagi suka dan duka	226	61,9	139	38,1	365	100
12.	Saya dapat berbicara tentang masalah dengan teman	269	73,3	96	26,3	365	100

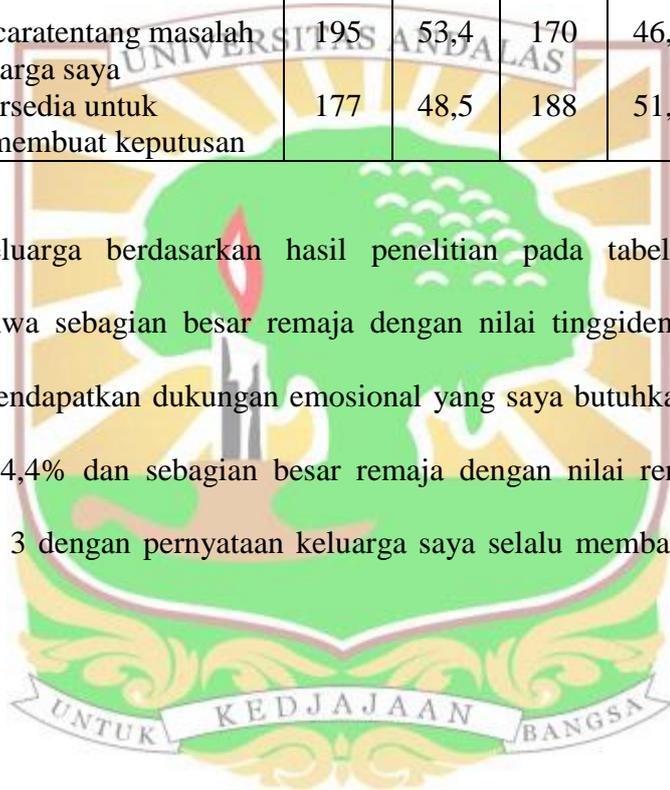
Hubungan dengan teman berdasarkan hasil penelitian pada tabel 7 didapatkan gambaran bahwa hampir seluruh remaja dengan nilai tinggi dapat dapat mengandalkan teman-teman saya ketika saya mengalami kesalahan dengan teman pada item no 7 adalah 81,4% dan hampir setengah remaja dengan nilai rendah

pada item pertanyaan no 9 dengan pernyataan punya teman untuk berbagi suka dan duka adalah 38,1%

Tabel.8
Analisis Item Kuesioner Lingkungan Sosial: Dukungan Orang Tua

No	Pernyataan	Tinggi		Rendah		Total	
		f	%	f	%	f	%
3.	Keluarga saya selalu membantu saya	119	32,6	246	67,4	365	100
4.	Saya mendapatkan dukungan emosional yang saya butuhkan dari keluarga saya	235	64,4	130	35,6	365	100
8.	Saya dapat berbicara tentang masalah saya dengan keluarga saya	195	53,4	170	46,6	365	100
11.	Keluarga saya bersedia untuk membantu saya membuat keputusan	177	48,5	188	51,5	365	100

Dukungan keluarga berdasarkan hasil penelitian pada tabel 8 didapatkan gambaran bahwa sebagian besar remaja dengan nilai tinggi dengan pernyataan bahwa Saya mendapatkan dukungan emosional yang saya butuhkan dari keluarga saya adalah 64,4% dan sebagian besar remaja dengan nilai rendah pada item pertanyaan no 3 dengan pernyataan keluarga saya selalu membantu saya adalah 67,4%.



Tabel. 9
Analisis Item Kuesioner Faktor Psikologis

No	Item Faktor Psikologis	Tinggi		Rendah		Total	
		f	%	F	%	f	%
1.	Depresi	192	52,6	173	47,4	365	100
2.	Ansietas	197	54,0	168	46,0	365	100
3.	Stres	196	53,7	169	46,3	365	100
4.	Ketidakberdayaan	50	13,7	315	86,3	365	100
6	Penggunaan Napza	11	3,0	354	97,0	365	100

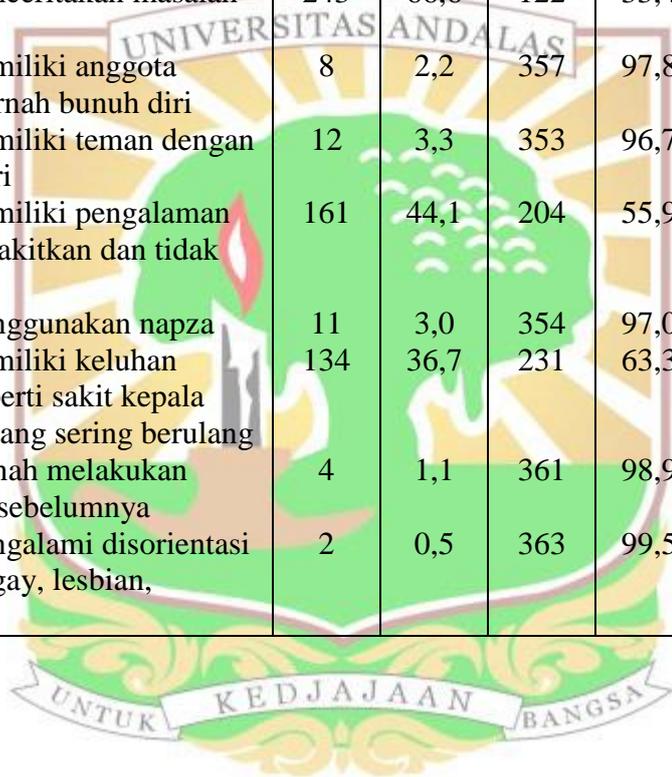
Tabel 10
Analisis Item Kuesioner Faktor Lingkungan Sosial

No	Item Faktor Lingkungan Sosial	Tinggi		Rendah		Total	
		f	%	F	%	f	%
1.	Hubungan dengan <i>special person</i>	230	63,0	135	37,0	365	100
2.	Hubungan dengan teman	215	58,9	150	41,1	365	100
3.	Dukungan orang tua	197	54,0	168	46,0	365	100
4.	Teman dengan riwayat bunuh diri	10	2,7	355	97,3	365	100
5.	Pengalaman yang tidak bisa dilupakan	158	43,3	207	56,7	365	100



Tabel.12
Faktor Resiko Bunuh Diri pada Remaja

No	Pertanyaan	Tinggi		Rendah		Total	
		f	%	f	%	f	%
1	Apakah anda tinggal bersama orangtua	321	87,9	44	12,1	365	100
2	Apakah anda memiliki orangtua yang bercerai	31	8,5	334	91,5	365	100
3	Apakah anda menceritakan masalah yang ada alami	243	66,6	122	33,4	365	100
4	Apakah anda memiliki anggota keluarga yang pernah bunuh diri	8	2,2	357	97,8	365	100
5	Apakah anda memiliki teman dengan riwayat bunuh diri	12	3,3	353	96,7	365	100
6	Apakah anda memiliki pengalaman hidup yang menyakitkan dan tidak bisa dilupakan	161	44,1	204	55,9	365	100
7	Apakah anda menggunakan napza	11	3,0	354	97,0	365	100
8	Apakah anda memiliki keluhan penyakit fisik seperti sakit kepala atau nyeri perut yang sering berulang	134	36,7	231	63,3	365	100
9	Apakah anda pernah melakukan usaha bunuh diri sebelumnya	4	1,1	361	98,9	365	100
10	Apakah anda mengalami disorientasi seksual (seperti: gay, lesbian, biseksual)	2	0,5	363	99,5	365	100





KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS ANDALAS
FAKULTAS KEPERAWATAN

Alamat : Jl. Kampus Limau Manis Padang, PO Box, Padang 25163
Telp.0751-779233, Fax.0751-779233 Website :http/fkep.unand.ac.id

nomor : 900 /UN.16.S2/PL/2016
amp : -
al : Izin Penelitian

Padang, 17 Mei 2016

kepada Yth.
Ir. Kepala Badan Kesatuan
Bangsa dan Politik
Kab. Indragiri Hulu

Yang terhormat,
kami sampaikan kepada Saudara bahwa kami bermaksud mengirimkan seorang mahasiswa
Program Studi S2 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Andalas:

Nama : Nur Aulia
No. BP : 1421312025

untuk melakukan penelitian selama 1 Bulan terhitung mulai Tanggal 23 Mei s/d 2 Juni 2016 pada
instansi yang berada dibawah pengawasan saudara, dalam menyelesaikan studinya
dengan judul : "Analisis Hubungan Faktor Risiko Bunuh Diri Dengan Ide Bunuh Diri Pada Remaja
Kota Rengat Kabupaten Indragiri Hulu"

Sehubungan dengan maksud tersebut, kami harapkan Saudara berkenan memberi izin yang
perlu untuk mengumpulkan data, dalam rangka pelaksanaan penelitiannya.

Demikianlah semoga Saudara mengizinkan, dan atas bantuannya kami ucapkan terima kasih.

Dekan,



Hema Malini S.Kp, MN, PhD

NIP. 19760204 200003 2 001

Surat Kuasa No: 846/ UN.16.13/KP/2016

Tanggal 13 Mei 2016



**PEMERINTAH KABUPATEN INDRAGIRI HULU
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**

Jl. Batu Canai – Pematang Reba Telp/Fax (0769) 341127

REKOMENDASI

NO. 070/Kesbang.1 / 162

TENTANG

**PELAKSANAAN KEGIATAN RISET
DAN PENGUMPULAN DATA UNTUK BAHAN TESIS**

Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Indragiri Hulu, setelah membaca Surat Pra Peneliti dari Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Andalas Padang Nomor : 900/UN.16.S2/PL/2016 tanggal 17 Mei 2016, dengan ini memberikan Rekomendasi kepada :

Nama : NUR AULIA.
No. BP : 1421312025.
Jenis Kelamin : PEREMPUAN.
Jenjang / Program Studi : S.2 / KEPERAWATAN.
Alamat : PADANG.
Judul Penelitian : ANALISIS HUBUNGAN FAKTOR RISIKO BUNUH DIRI PADA REMAJA DENGAN IDE BUNUH DIRI PADA REMAJA DI KOTA RENGAT KABUPATEN INDRAGIRI HULU.
Lokasi Penelitian : SMP DAN SMA SE-KEC. RENGAT KAB. INHU.

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Tidak melakukan kegiatan yang menyimpang dari ketentuan yang telah ditetapkan yang tidak ada hubungannya dengan kegiatan penelitian / pengumpulan data.
2. Pelaksanaan kegiatan Penelitian ini berlangsung selama 3 (Tiga) Bulan terhitung tanggal rekomendasi ini dibuat.
3. Melaporkan Hasil Penelitian kepada Bupati Inhu c/q. Kepala Badan Kesbangpol Kab. Inhu selambat-lambatnya 6 (enam) bulan setelah selesai penelitian.

Demikian Rekomendasi ini diberikan agar digunakan sebagaimana mestinya dan kepada pihak yang terkait diharapkan untuk dapat memberikan kemudahan dan membantu kelancaran kegiatan penelitian ini, terima kasih.

Dibuat di : Rengat
Pada Tanggal : 18 Mei 2016

An. KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
KABUPATEN INDRAGIRI HULU

Kabid Kesatuan Bangsa,
Urb
Kasubbid Pemerintahan Politik dan Demokratisasi
YUSBENDRI
Penata Muda Tk. I
NIP. 19660908 198903 1 005

Tembusan ini disampaikan kepada Yth :

1. Kepala Dinas Pendidikan Kab. Inhu di Rengat.
2. Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Andalas Padang Prov. Sumbar di Padang.
3. Yang bersangkutan An. NUR AULIA.
4. A.n.i.a



KEPOLISIAN NEGARA REPUBLIK INDONESIA
DAERAH RIAU
RESOR INDRAGIRI HULU
JL. Ahmad Yani No. 19 Rengat

SURAT KETERANGAN

Nomor : Sket / 09 / VI / 2016 / Reskrim

Dasar :

- Surat Kementerian Riset, Teknologi dan Pendidikan Tinggi Universitas Andalas Fakultas Keperawatan Nomor : 522/UN.16.13/S2/PL/2016 Perihal Pra Penelitian.

Menerangkan bahwa :

Nama : NUR AULIA
N PM : 1421312025
Falkutas : Keperawatan
Judul Penelitaian : " Analisis Hubungan Faktor Risiko Bunuh Diri pada Remaja dengan Ide Bunuh Diri pada Remaja di Kota Rengat "

Menerangkan sebagai berikut :

Telah datang ke Sat Reskrim Polres Indragiri Hulu untuk melakukan Penelitian sesuai dengan judul Penelitian yang bersangkutan pada hari Rabu tanggal 01 Juni 2016 Jam 10.00 Wib di Ruang Sat Reskrim Polres Inhu

Demikian Surat Keterangan ini dibuat dengan sebenarnya untuk dapat dipergunakan seperlunya.

Rengat, Juni 2016
An. KEPALA POLRES INDRAGIRI HULU
RESKRIM





PEMERINTAH KABUPATEN INDRAGIRI HULU
DINAS PENDIDIKAN

SMP NEGERI 1 RENGAT
AKREDITASI A

SEKOLAH STANDAR NASIONAL

Alamat Jalan Kamboja No. 02 Telp. (0769) 21365 Rengat Kode Pos 29318

Website: WWW.smpnegeri1rengat.sch.id E-mail : smpn1rengat@gmail.com



SURAT PERNYATAAN

Nomor : 218/SMPN 01/2016/PDK/421.4

Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala SMP Negeri 1 Rengat menerangkan bahwa :

Nama : NUR AULIA
NIM : 1421312025
Jenjang / Program Studi : S.2 / Keperawatan
Alamat : Padang

Adalah benar-benar telah melaksanakan penelitian di SMP Negeri 1 Rengat pada tanggal 19 s.d 20 Mei 2016 dengan judul:

“ANALISIS HUBUNGAN FAKTOR RISIKO BUNUH DIRI PADA REMAJA DENGAN IDE BUNUH DIRI PADA REMAJA DI KOTA RENGAT KABUPATEN INDRAGIRI HULU.”

Demikian surat keterangan ini kami buat dengan sebenarnya, dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Rengat, 20 Mei 2016
Kepala Sekolah

ARDIANS, S.Pd., M.Si
12311985121014





PEMERINTAH KABUPATEN INDRAGIRI HULU
DINAS PENDIDIKAN
SMP NEGERI 2 RENGAT
AKREDITASI A

Jalan Sultan Km. 3 Telp. (0769) 21621 Kode Pos 29313

Nomor : 036/2016/SMPN-2/SP/800
Perihal : Izin Penelitian

27 Mei 2016

Yth. Kepala Badan Kesatuan Bangsa
Dan Politik Kabupaten Indragiri Hulu
Di – Pematang Rebah

Dengan ini Kepala Sekolah Menengah Pertama Negeri 2 Rengat Kabupaten Indragiri hulu
memberikan izin kepada:

Nama : Nur Aulia
No. BP : 1421312025
Jenis Kelamin : Perempuan.
Jenjang/ Program Studi : S.2/ Keperawatan
Alamat : Padang.
Judul Penelitian : Analisis Hubungan Faktor Resiko Bunuh Diri Pada Remaja
Dengan Ide Bunuh Diri Dari Pada Remaja Di kota Rengat
Kabupaten Indragiri Hulu.
Lokasi Penelitian : SMP Negeri 2 Rengat.

Untuk itu diberikan izin kepada nama tersebut diatas sesuai dengan materi yang ditentukan
tentang Analisis Hubungan Faktor Resiko Bunuh Diri Pada Remaja SMP Negeri 2 Rengat.

Demikian surat ini diberikan kepada yang berkepentingan untuk dapat dipergunakan
sebagaimana mestinya.
Terimakasih.



Kepala Sekolah,

Martinlss

MARTINLSS
NIP. 19561003 197903 2 001



PEMERINTAH KABUPATEN INDRAGIRI HULU

DINAS PENDIDIKAN

SMP NEGERI 3 RENGAT

AKREDITASI "A"

Jln. Hang Tuah - Sei. Beringin ☎ (0769) 22121 Kode Pos 29317 Rengat

SURAT KETERANGAN

Nomor : 189/2016/SMP N 03/KM/421

Yang bertanda tangan dibawah ini Kepala Sekolah Menengah Pertama (SMP) Negeri 3 Rengat Kecamatan Rengat Kabupaten Indragiri Hulu Propinsi Riau dengan ini menerangkan bahwa :

N a m a : **NUR AULIA**
No. Bp : 1421312025
Jenis Kelamin : Perempuan
Jenjang / Program Studi : S. 2 / Keperawatan
Alamat : Padang

Nama tersebut di atas telah melakukan pelaksanaan kegiatan Riset / Pra Riset dan Pengumpulan Data untuk bahan Tesis dari tanggal 19 Mei 2016 sampai dengan 20 Mei 2016 di SMP Negeri 3 Rengat. Dengan judul Tesis : **ANALISIS HUBUNGAN FAKTOR RISIKO BUNUH DIRI PADA REMAJA DENGAN IDE BUNUH DIRI PADA REMAJA DI KOTA RENGAT KABUPATEN INDRAGIRI HULU.**

Demikian surat keterangan ini diberikan, untuk dapat dipergunakan sebagai mana mestinya.

Rengat, 20 Mei 2016

Kepala Sekolah

TIWA RGVANI, S.S. M. Si
NIP. 701005 199412 2 001



YAYASAN PEMBINA LEMBAGA PENDIDIKAN (YPLP) PGRI
SMA PGRI RENGAT

II. Sultan Kec. Rengat Kab. Indragiri Hulu, Riau. Telp. (0769) 323279
SK BAP-S/M Prov. Riau No. 266/BAP-SM/KP-09/X/2014 Tanggal 06 Oktober 2014
Akreditasi : A

Nomor : 162 / SMA S PGRI RENGAT / 422.1 Rengat, 27 Mei 2016
Lampiran : -
Perihal : **Rekomendasi** Kepada Yth.
Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Andalas Padang
Di -
Padang

Dengan Hormat,

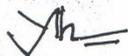
Berdasarkan surat Pra Penelitian dari Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Andalas Padang Nomor : 900/UN.16.S2/PL/2016 tanggal 17 Mei 2016, yang memberikan Rekomendasi kepada :

Nama : NUR AULIA
No.BP : 1421312025
Jenjang /Program Studi : S.2 / KEPERAWATAN
Judul KTI : Analisis Hubungan Faktor Risiko Bunuh Diri pada Remaja dengan Ide Bunuh Diri pada Remaja Di Kota Rengat Kabupaten Indragiri Hulu.

Maka melalui surat ini, mengizinkan mahasiswa tersebut diatas meneliti di SMA PGRI Rengat

Demikian surat ini disampaikan, atas perhatiannya diucapkan terimakasih.

Kepala SMA S PGRI Rengat,


YANTI MURANI, S.Pd
NIP.19750910 200312 2 003



PEMERINTAH KABUPATEN INDRAGIRI HULU
DINAS PENDIDIKAN
S M A NEGERI 1 RENGAT

AKREDITASI : A (SERTIFIKAT NO. Ma. 025036 Tanggal 06 Oktober 2014)
Jl. Sultan Km 4 Rengat Kab Inhu Telp. (0769) 21617 Kode Pos 29313
Website : sman1-rgt.sch.id e-mail : sman1rengat@yahoo.co.id



SURAT IZIN KEPALA SEKOLAH

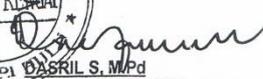
Nomor : 999 / SMAN 01 / V / 2016 / 071

Berdasarkan Surat Badan Kesatuan Bangsa dan Politik. Nomor : 070 / kesbang .i / 162 Pada tanggal 18 Mei 2016. Tentang Rekomendasi Pelaksanaan Kegiatan Riset dan Pengumpulan Data Untuk Bahan Tesis. Maka dengan ini Kepala SMA Negeri 1 Rengat Kabupaten Indragiri Hulu Provinsi Riau, Dengan ini memberikan izin kepada :

Nama : NUR AULIA
Nomor Induk Mahasiswa : 1421312025
Jenis Kelamin : Perempuan
Jenjang / Program Studi : S.2 / KEPERAWATAN
Alamat : Padang
Judul Penelitian : Analisis Hubungan Faktor Risiko Bunuh Diri Pada Remaja Dengan Ide Bunuh Diri Pada Remaja di Kota Rengat Kabupaten Indragiri Hulu.

Untuk melakukan Kegiatan Riset di SMA Negeri 1 Rengat, dengan catatan bahwa yang bersangkutan akan menyesuaikan dengan ketentuan yang berlaku dan tidak menyalah gunakan data yang diperoleh di SMA N 1 Rengat.

Demikianlah surat izin ini diberikan, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Rengat, 19 Mei 2016
KEPALA

DASRIL S. MPd
NIP. 19711207 199802 1 007



PEMERINTAH KABUPATEN INDRAGIRI HULU
DINAS PENDIDIKAN
SMP NEGERI 4 RENGAT
AKREDITASI A

Jalan D.I. Panjaitan ☎ (0769) 21647 Kode Pos 29318 Rengat

Nomor : 164/SMPN 4/2016/PDK/421.3

Lampiran : -

Hal : Izin Penelitian

Kepada :

Yth. Kementrian Riset, Teknologi dan Pendidikan Tinggi

Universitas Andalas Fakultas Keperawatan

Jl. Kampus Limau Manis

Di -

Padang

Berdasarkan Surat Pengantar Nomor : 900/UN.16.S2/PL/2016 dari Bapak/Ibu tentang Izin Penelitian untuk Program Studi S2 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Andalas, dengan ini kami memberikan izin kepada :

Nama : NUR AULIA

No. BP : 1421312025

Jenis Kelamin : Perempuan

Judul : Analisis Hubungan Faktor Risiko Bunuh Diri dengan Ide Bunuh Diri pada Remaja di Kota Rengat Kabupaten Indragiri Hulu

Untuk melakukan Penelitian dan mengumpulkan data selama 1 bulan terhitung mulai tanggal 23 Mei s/d 2 Juni 2016 di SMP Negeri 4 Rengat.

Demikianlah surat izin ini kami berikan, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Rengat, 31 Mei 2016

Kepala SMP Negeri 4 Rengat


Hj. M. N. S. S. S., M.Si
NIP. 19590502 198202 2 001











YAYASAN PEMBINA LEMBAGA PENDIDIKAN (YPLP) PGRI

SMA PGRI RENGAT

Jl. Sultan Kec. Rengat Kab. Indragiri Hulu, Riau. Telp. (0769) 323279
SK BAP-S/M Prov. Riau No. 266/BAP-SM/KP-09/X/2014 Tanggal 06 Oktober 2014
Akreditasi : A

Nomor : 162 / SMA S PGRI RENGAT / 422.1 Rengat, 27 Mei 2016
Lampiran : -
Perihal : **Rekomendasi** Kepada Yth.
Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Andalas Padang
Di -
Padang

Dengan Hormat,

Berdasarkan surat Pra Penelitian dari Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Andalas Padang Nomor : 900/UN.16.S2/PL/2016 tanggal 17 Mei 2016, yang memberikan Rekomendasi kepada :

Nama : NUR AULIA
No.BP : 1421312025
Jenjang /Program Studi : S.2 / KEPERAWATAN
Judul KTI : Analisis Hubungan Faktor Risiko Bunuh Diri pada Remaja dengan Ide Bunuh Diri pada Remaja Di Kota Rengat Kabupaten Indragiri Hulu.

Maka melalui surat ini, mengizinkan mahasiswa tersebut diatas meneliti di SMA PGRI Rengat

Demikian surat ini disampaikan, atas perhatiannya diucapkan terimakasih.





MAJELIS PENDIDIKAN DASAR DAN MENENGAH
PIMPINAN DAERAH MUHAMMADIYAH INDRAGIRI HULU
SMA MUHAMMADIYAH RENGAT
AKREDITASI A

SIO NO.05019/109-2b/13/1984
Tgl. 22 Mei 1984

NPSN : 10401511

NSS : 302090401004
NDS : 4009070502

Jl. R. Suprpto No. 81 Telp (0769) 22572 Rengat Kabupaten Indragiri Hulu 29319

SURAT REKOMENDASI
Nomor : 258/2016/PDK/421.3

Berdasarkan surat Pemerintah Kabupaten Indragiri Hulu Badan Kesatuan Bangsa Dan Politik Nomor : 070/Kesbang.II/162 Tanggal 18 Mei 2016 Tentang Pelaksanaan Kegiatan Riset Dan Pengumpulan Data Untuk Bahan Tesis, maka dengan ini kami memberi izin untuk melakukan Kegiatan tersebut kepada :

N a m a : NUR AULIA
No. BP : 1421312025
Jenjang / Program Studi : S.2 / Keperawatan
Judul Penelitian : Analisis Hubungan Faktor Risiko Bunuh Diri Pada Remaja Dengan Ide Bunuh Diri Pada Remaja Di Kota Rengat Kabupaten Indragiri Hulu.

Demikianlah Surat ini kami berikan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.





PEMERINTAH KABUPATEN INDRAGIRI HULU
DINAS PENDIDIKAN
SMK NEGERI 1 RENGAT



Bidang Studi Keahlian : Bisnis dan Manajemen
Teknologi Informasi dan Komunikasi
Seni, Kerajinan dan Pariwisata
Jalan Sultan Km.4 Rengat Telp. (0769) 21613 Kabupaten Indragiri Hulu
e-mail: smkn1rengat_inhu@yahoo.co.id website: www.smkn1rengat.sch.id

Nomor : 257/109.3.1/SMK-01/Pdk-2016
Lamp : -
Perihal : Izin Penelitian

Kepada Yth :
Dekan Universitas Andalas Fakultas Keperawatan
Di
Padang

Dengan hormat

Membalas Surat dari Dekan Universitas Andalas Fakultas Keperawatan dengan nomor :
900/UN.16.S2/PL/2016 tanggal 17 Mei 2016 perihal sama dengan pokok surat diatas pada
prinsipnya dapat kami izinkan atas :

Nama : NUR AULIA
No. BP : 1421312025
Jenjang/Program Studi : S.2 / Keperawatan

Untuk Melaksanakan Izin Penelitian terhitung mulai tanggal 20 Mei 2016 sampai dengan
28 Mei 2016 dengan Judul *Analisis Hubungan Faktor Risiko Bunuh Diri Dengan Ide Bunuh Diri
Pada Remaja Di Kota Rengat Kabupaten Indragiri Hulu*”.

Demikian surat ini disampaikan untuk dapat dimaklumi, terima kasih.



