

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Epidemiologinya berbeda di seluruh dunia, tetapi data menunjukkan gangguan psikotik akut mencakup sekitar 10–20 persen dari kasus psikotik baru di berbagai negara. Sebuah penelitian yang dilakukan di Eropa oleh *World Health Organization* (WHO) dan tim EUGEI (*European Network of National Schizophrenia Networks Studying Gene Environment Interactions*) menemukan bahwa setiap 100.000 populasi mengalami 5–20 kasus gangguan psikotik akut non-afektif. Situasi ini lebih sering terjadi di beberapa negara berpendapatan rendah hingga menengah, mungkin karena konflik, stress sosial, dan akses yang lebih sedikit ke layanan kesehatan mental (Jongsma et al., 2018).

Studi longitudinal menunjukkan sekitar 36,5% pasien dengan diagnosis awal gangguan psikotik akut akhirnya mengalami perubahan diagnosis menjadi skizofrenia dalam waktu tiga bulan, yang menunjukkan kemungkinan perkembangan menjadi gangguan psikotik kronis (Kathfar et al., 2025). Perawat harus dapat mengidentifikasi pasien yang cemas, putus asa, bingung, dan bahkan berpikir untuk bunuh diri (Puspita Dewi et al., 2024). Oleh karena itu, untuk menghindari gangguan yang berlangsung lama, pemantauan dan evaluasi yang berkelanjutan sangat penting. Persepsi yang terganggu, pikiran yang tidak stabil, dan perilaku yang tidak terorganisir adalah beberapa gejala klinis gangguan ini. Berbeda dengan skizofrenia, prognosis gangguan ini biasanya lebih baik jika ditangani secara tepat dan segera. Untuk mengurangi beban penyakit dan mencegah kekambuhan atau perburukan gejala, diagnosis cepat dan manajemen yang efektif sangat penting (Rahmadinata, 2025).

Risiko bunuh diri tertinggi pada orang dengan skizofrenia terjadi selama lima tahun pertama penyakit ("periode kritis"), dan intervensi paling bermanfaat selama waktu ini (Byrne, 2007). Program untuk mengatasi bunuh diri, salah satunya manajemen krisis bertujuan mengatasi bunuh diri, memfasilitasi perilaku mencari bantuan, dan menjaga untuk mencegah bunuh diri. Komponen ini adalah bagian umum dari program pencegahan bunuh diri di Jepang (Takahashi et al., 2025).

Penanganan kasus dibagi menjadi tiga fase yaitu fase krisis, fase intensif, dan fase pemeliharaan. Protokol menetapkan bahwa kontak pertama dengan pelaku percobaan bunuh diri harus dilakukan dalam waktu setidaknya tiga hari setelah kunjungan mereka ke ruang gawat darurat, tempat mereka menjalani manajemen krisis. Penelitian ini menunjukkan bahwa program manajemen krisis jangka panjang bagi mereka yang mencoba bunuh diri yang mendatangi ruang gawat darurat mengurangi risiko kematian akibat percobaan bunuh diri berulang. Menunjukkan bahwa program manajemen krisis

atau manajemen kasus dapat menjadi salah satu strategi efektif untuk pencegahan bunuh diri bagi mereka yang mencoba bunuh diri (Kim et al., 2020).

Penilaian seseorang yang berisiko bunuh diri dapat menggunakannya sebagai pengkajian awal skor Respons Umum Fungsi Adaptif (RUFA) atau *General Adaptive Function Response* (GAFR) yang merupakan modifikasi dari skor GAF (Yusuf, A.H & ,R & Nihayati, 2015). Penilaian yang andal terhadap masalah yang dihadapi pasien adalah penting. Terkait instrumen penilaian, pedoman penggunaannya juga penting. Prosedur penilaian yang terstandarisasi penting, karena dapat mengurangi bias yang tidak diinginkan. Dalam psikiatri, tingkat keparahan penyakit dapat dinilai dengan Penilaian Fungsi Global (GAF) (Matt Smith, 2023).

GAF dikenal di seluruh dunia dan merupakan Sumbu V dari Manual Diagnostik dan Statistik Gangguan Mental yang diterima secara internasional, Revisi Teks Edisi Keempat (DSM-IV-TR) (Aas, 2011). Keunggulan GAF adalah kesederhanaannya, tetapi ditemukan masalah pada reliabilitas dan validitasnya. Studi reliabilitas menunjukkan bahwa 20% penilai yang ekstrem mencakup lebih dari 50% penyebaran skor, dan deviasinya bisa mencapai 20 poin atau lebih (Monrad Aas, 2010).

GAF dimaksudkan sebagai ukuran tunggal untuk keseluruhan gangguan yang disebabkan oleh faktor mental. Tujuannya adalah untuk mengkomunikasikan tingkat keparahan dan gangguan, menunjukkan perlunya bantuan profesional, dan menunjukkan perbaikan atau perubahan seiring waktu. GAF merupakan ukuran generik, tidak terkait dengan diagnosis spesifik apa pun. Dengan mencerminkan tingkat keparahan, GAF memberikan informasi tambahan yang penting untuk klasifikasi diagnostik kategoris (Pedersen et al., 2018). Selain itu, ada kesalahpahaman mendasar tentang sifat GAF. Beberapa penilai lebih suka kriteria dan contoh yang spesifik, jelas, dan tidak ambigu, sementara yang lain lebih suka aturan yang praktis, seperti skor GAF 40 sebagai batas untuk gejala psikotik (de la Peña et al., 2024).

Konstruksi klinis yang dapat dipertahankan, menurut GAF. Orang-orang dengan skor GAF yang lebih tinggi jelas lebih rentan terhadap bahaya melukai orang lain atau diri sendiri. Dengan kata kunci seperti upaya bunuh diri dan kekerasan berulang (Matt Smith, 2023). Keperawatan memberi intervensi pada klien yang berfokus pada respons, sehingga kategori pasien dibuat dengan pengkajian awal menggunakan skor RUFA. Sementara jika ditemukan data skor skala RUFA Risiko Bunuh Diri (RBD) bahwa pasien memberikan isyarat, ancaman atau mencoba bunuh diri, maka masalah keperawatan yang mungkin muncul adalah risiko bunuh diri (Yusuf, A.H & ,R & Nihayati, 2015). RUFA RBD memberikan informasi penting tentang kemungkinan pemikiran bunuh diri (suicidal), intensitas pemikiran tersebut, dan kemungkinan percobaan bunuh diri (Yusuf, A.H & ,R & Nihayati, 2015).

Berdasarkan dari fenomena diatas maka penulis mengaplikasikan pengkajian keperawatan dengan skala RUFA Risiko Bunuh Diri sebagai “*Way Out*” pada tahap pengkajian dalam penetapan status: fase krisis pasien sdr.A di ruang Gili Trawangan - RSUD DR. Saiful Anwar Malang.

1.2 Perumusan Masalah

Bagaimana gambaran skala RUFA Risiko Bunuh Diri sebagai “*Way Out*” pada tahap pengkajian dalam penetapan status: fase krisis pasien sdr.A di ruang Gili Trawangan - RSUD DR. Saiful Anwar Malang?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners ini untuk menganalisa penerapan skala RUFA Risiko Bunuh Diri sebagai “*Way Out*” pada tahap pengkajian dalam penetapan status: fase krisis pasien sdr.A di ruang Gili Trawangan - RSUD DR. Saiful Anwar Malang.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Menganalisa pengkajian pada Sdr.A dengan masalah Risiko Bunuh Diri: fase krisis
2. Mengalisa rencana intervensi keperawatan pada Sdr.A dengan masalah Risiko Bunuh Diri: fase krisis
3. Menganalisa implementasi yang telah dilakukan pada Sdr.A dengan masalah Risiko Bunuh Diri: fase krisis
4. Menganalisa evaluasi hasil implementasi yang telah dilakukan pada Sdr.A dengan masalah Risiko Bunuh Diri: fase krisis

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapa berguna dalam memberikan pengetahuan terkait penerapan ‘skala RUFA Risiko Bunuh Diri sebagai “*Way Out*” pada tahap pengkajian dalam penetapan status: fase krisis pasien sdr.A di ruang Gili Trawangan - RSUD DR. Saiful Anwar Malang”.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi rumah sakit

Penelitian berharap karya ilmiah akhir ners ini dapat memberikan saran dan masukan dalam penerapan dalam pelaksanaan praktek pelayanan dan intervensi khususnya pada pasien risiko bunuh diri.

2. Bagi profesi

Hasil dari penulisan ini diharapkan dapat meningkatkan peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien yang beresiko bunuh diri.

3. Bagi Institusi

Sebagai sumber bacaan atau referensi untuk menambah wawasan dalam meningkatkan kualitas pendidikan keperawatan, terutama yang berkaitan dengan pasien yang berisiko bunuh diri, dan memberikan informasi tambahan kepada pembacanya.

4. Bagi Penulis

Meningkatkan kemampuan penulis dalam melaksanakan analisa dan intervensi terhadap pasien dengan risiko bunuh diri serta menambah pengetahuan penulis dalam pembuatan karya ilmiah akhir ners.

