

**ANALISIS KEJADIAN DEPRESI DAN RISIKO BUNUH DIRI
MENGUNAKAN *BUDDY APP* PADA REMAJA
DI WILAYAH KOTA MAKASSAR**



SKRIPSI

Diajukan untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Meraih Gelar
Sarjana Keperawatan Jurusan Keperawatan pada
Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
UIN Alauddin Makassar

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI
Oleh :
MUTMAINNAH SARI
NIM : 70300114023
M A K A S S A R

**FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI ALAUDDIN
MAKASSAR
2018**

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Mahasiswa yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Mutmainnah Sari
NIM : 70300114023
Tempat/Tanggal lahir : Bulu Lampoko, 13 Agustus 1996
Jurusan : Keperawatan
Fakultas : Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
Alamat : Jl. Sultan Alauddin No.36 Samata-Gowa
Judul : Analisis Kejadian Depresi dan Risiko Bunuh Diri
menggunakan *Buddy App* pada Remaja di Wilayah Kota
Makassar.

Menyatakan dengan sesungguhnya dan penuh kesadaran bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri. Jika dikemudian hari terbukti bahwa ia merupakan duplikat, tiruan, plagiat, atau dibuat orang lain, sebagian atau seluruhnya, maka skripsi dan gelar yang diperoleh karenanya, batal demi hukum.

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI
ALAUDDIN
Makassar, 27 Agustus 2018
Penyusun
M A K A S S A R

MUTMAINNAH SARI

NIM: 70300114023

PENGESAHAN SKRIPSI

Skripsi yang berjudul "Analisis Kejadian Depresi dan Risiko Bunuh Diri Menggunakan *Buddy App* pada Remaja di Wilayah Kota Makassar", yang disusun oleh Mutmainnah Sari, NIM: 70300114023, Mahasiswa Jurusan Keperawatan, yang telah diuji dan dipertaharkan dalam sidang *Munaqasyah* yang diselenggarakan pada hari Kamis, 16 Agustus 2018 M, dinyatakan telah dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan.

Makassar, 28 Agustus 2018 M
16 Dzulhijjah 1439 H

DEWAN PENGUJI:

Ketua	: Dr. dr. H. Andi Arnyun Nurdin, M.Sc	()
Sekretaris	: Dr. Muh. Anwar Hafid, S.Kep., Ns., M.Kes	()
Munaqisy I	: Patima, S.Kep., Ns., M.Kep	()
Munaqisy II	: Prof. Dr. Mukhtar Lutfi, M.Pd	()
Pembimbing I	: Dr. Arbianingsih, S.Kep., Ns., M.Kes	()
Pembimbing II	: A. Adriana Amal, S.Kep., Ns., M.Kep	()

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI

ALAUDDIN

MAKASSAR

Diketahui Oleh:

Dekan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
UIN Alauddin Makassar

Dr. dr. H. Andi Arnyun Nurdin, M.Sc

NIP 19550203 198312 1 001

KATA PENGANTAR



Puji dan syukur kita panjatkan kehadirat Allah Swt, atas rahmat dan hidayah-Nya yang masih tercurah kepada penulis, sehingga skripsi ini yang berjudul ”**Analisis Kejadian Depresi dan Risiko Bunuh Diri Menggunakan *Buddy App* Pada Remaja Di Wilayah Kota Makassar**” dapat terselesaikan, dan tak lupa pula kita kirimkan salam dan salawat kepada Nabi Muhammad SAW, yang telah mengantarkan kita dari alam kegelapan menuju alam terang benderang seperti sekarang ini.

Dalam penyusunan skripsi ini, penyusun telah banyak dibantu oleh berbagai pihak. Segala kerendahan hati penyusun menghaturkan terima kasih, dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Orang Tua ku yang tercinta, terkasih, tersayang serta sebagai sumber inspirasi terbesar dan semangat hidup menggapai cita Ayahanda **Saharuddin & Alm. Ibunda Sukriah, Ibunda Nahdah** atas kasih sayang, bimbingan, dukungan, motivasi serta doa restu, terus mengiringi perjalanan hidup penulis hingga sekarang sampai di titik ini. Untuk segenap keluarga besar khususnya saudara kandung **Mutiah Sari dan Amal Maulana Sari** yang telah memberikan kasih sayang, arahan, serta nasehatnya dalam menghadapi tantangan dan rintangan selama melakukan penyelesaian studi.

Demikian pula ucapan terima kasih yang tulus, rasa hormat dan penghargaan yang tak terhingga, kepada :

1. Rektor UIN Alauddin Makassar **Prof. Dr. H. Musafir Pababbari, M.Si** beserta seluruh jajarannya.
2. Dekan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar **Dr. dr. H. Andi Armyn Nurdin, M.Sc**, para wakil dekan, dan seluruh staf akademik yang memberikan bantuan kepada penyusun selama mengikuti pendidikan di Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar.
3. Bapak **Dr. Muh. Anwar Hafid, S.Kep., Ns., M.Kes** selaku Ketua Prodi Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar.

4. Ibu **Dr. Arbiansih, S.Kep., Ns., M.Kes** selaku pembimbing I dan ibu **A. Adriana Amal, S.Kep., Ns., M.Kep** selaku pembimbing II, yang telah banyak memberikan masukan serta arahan guna penyempurnaan penulisan proposal ini.
5. Ibu **Patima, S.Kep., Ns., M.Kep** selaku penguji bidang kompetensi keilmuan dan Bapak **Prof. Dr. Muhtar Lutfi, M.Pd** selaku penguji integrasi keislaman, yang bersedia memberikan waktu dan memberikan masukan kepada peneliti selama penyusunan proposal ini.
6. Ibu **Syisnawati, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp. Kep. J** selaku dosen keperawatan jiwa di UIN Alauddin Makassar yang senantiasa membantu peneliti selama penyusunan proposal ini.
7. Kepada Kepala sekolah SMPN 15 Makassar, SMPN 24 Makassar dan SMAN 11 Makassar, para guru dan staf serta para responden yang telah mengizinkan peneliti untuk melakukan penelitian serta membantu selama proses penelitian berlangsung.
8. Kepada seluruh dosen Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar yang telah membimbing dalam mendidik penulis selama pendidikan.
9. Rekan-rekan mahasiswa Program Studi Keperawatan Angkatan 2014 (SIL14) atas kebersamaannya bergandengan tangan saling merangkul satu sama lain, baik suka maupun duka dalam proses menggapai cita.
10. Kepada Teman-teman dan Kakanda SCLERA yang telah memberikan dukungan dan masukan kepada peneliti
11. Kepada sahabat-sahabat saya yang tak dapat saya sebutkan satu per satu yang senantiasa berbagi dengan peneliti baik suka maupun duka
12. Kepada Sainal Sultan selaku *developer Buddy App* yang telah berupaya mengembangkan aplikasi ini dengan sangat sabar
13. Kepada HMJ Keperawatan yang telah memberikan wadah dalam pengembangan intelektual dalam mencapai tujuan insan cita pencipta, pengabdian dan bernaftaskan islam.

14. Serta semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini.

Penulis sadar bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, besar harapan penulis kepada pembaca atas kontribusinya baik berupa saran yang sifatnya membangun demi kesempurnaan skripsi ini.

Akhirnya kepada Allah swt jualah penulis memohon doa dan berharap semoga ilmu yang telah diperoleh dan dititipkan dapat bermanfaat bagi orang serta menjadi salah satu bentuk pengabdian dimasyarakat nantinya.

Wassalamu'Alaikum Wr. Wb.

Gowa, Agustus 2018

Penulis



DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI	ii
LEMBAR PENGESAHAN SKRIPSI	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR GAMBAR	vii
DAFTAR BAGAN	viii
DAFTAR LAMPIRAN	ix
ABSTRAK	x
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	7
C. Tujuan Penelitian.....	8
D. Manfaat Penelitian.....	8
E. Definisi Operasional.....	9
F. Kajian Pustaka.....	11
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Umum Tentang Bunuh Diri.....	13
B. Tinjauan Umum Tentang Perkembangan Remaja.....	28
C. Tinjauan Umum Tentang Aplikasi <i>Smartphone</i> Pencegahan Bunuh Diri.....	38
D. Tinjauan Umum Tentang Depresi.....	42
E. Kerangka Teori.....	46
F. Kerangka Konsep.....	47

BAB III METODOLOGI PENELITIAN

A. Desain Penelitian.....	48
B. Cara Pengumpulan Data.....	51
C. Instrumen Penelitian.....	52
D. Uji Validitas dan Reliabilitas	55
E. Teknik Pengolahan Data	56
F. Analisis Data	57
G. Etika Penelitian	57

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian	60
B. Analisis Pembahasan	65
C. Keterbatasan Penelitian	81
D. Implikasi Penelitian	81

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan	83
B. Saran	83

DAFTAR PUSTAKA	84
-----------------------------	-----------

LAMPIRAN



DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Definisi Operasional.....	9
Tabel 1.2	Kajian Pustaka	11
Tabel 2.1	Faktor Risiko Bunuh Diri	20
Tabel 2.2	Mitos dan Fakta Bunuh Diri	24
Tabel 3.1	Proporsi Jumlah Sampel Penelitian	50
Tabel 3.2	Proporsi Jumlah Sampel Penelitian Setiap Tingkatan Kelas	51
Tabel 3.3	Hasil Uji Validitas Instrumen CSSRS	55
Tabel 3.4	Hasil Uji Validitas Instrumen KADS	56
Tabel 4.1	Distribusi Frekuensi Kejadian Depresi Berdasarkan Periode Perkembangan Remaja di Kecamatan Tamalate	60
Tabel 4.2	Distribusi Frekuensi Tingkat Risiko Bunuh Diri Berdasarkan Periode Perkembangan Remaja di Kecamatan Tamalate	61
Tabel 4.3	Analisis Kejadian Depresi dan Risiko Bunuh Diri Remaja di Kecamatan Tamalate	62
Tabel 4.4	Analisis Kejadian Depresi dan Risiko Bunuh Diri pada Remaja Awal di Kecamatan Tamalate	63
Tabel 4.5	Analisis Kejadian Depresi dan Risiko Bunuh Diri pada Remaja Akhir di Kecamatan Tamalate ..	64

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 <i>Framework Suicidal Behaviours</i>	28
--	----



DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1	Kerangka Teori.....	46
Bagan 2.2	Kerangka Konsep	47



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1** Gambaran Utama *Buddy App*
- Lampiran 2** Korespondensi Izin Penggunaan Instrumen
- Lampiran 3** Penentuan Besar Sampel dengan Aplikasi *Sample Size*
- Lampiran 4** Instrumen CSSRS (Deteksi Risiko Bunuh Diri)
- Lampiran 5** Instrumen KADS *Indonesian Version* (Tingkat Depresi Remaja)
- Lampiran 6** Uji Validitas & Reliabilitas Instrumen KADS
- Lampiran 7** Tampilan Kuesioner *Online Google Form*
- Lampiran 8** Lembar Keputusan Lolos Uji Etik
- Lampiran 9** Surat Izin Penelitian: Dinas Penanaman Modal & Pelayanan Terpadu Satu Pintu
- Lampiran 10** Surat Izin: Badan Kesatuan Bangsa dan Politik
- Lampiran 11** Surat Izin Penelitian: Dinas Pendidikan Provinsi SUL-SEL
- Lampiran 12** Surat Izin Penelitian: Dinas Pendidikan Kota Makassar
- Lampiran 13** Surat Keterangan Telah Melaksanakan Penelitian: SMPN 15 Makassar
- Lampiran 14** Surat Keterangan Telah Melaksanakan Penelitian: SMPN 24 Makassar
- Lampiran 15** Surat Keterangan Telah Melaksanakan Penelitian: SMAN 11 Makassar
- Lampiran 16** Database *Buddy App*
- Lampiran 17** Hasil Pengolahan SPSS
- Lampiran 18** Dokumentasi Penelitian
- Lampiran 19** Hasil Uji Turnitin

ABSTRAK

Nama : Mutmainnah Sari
NIM : 70300114023
Judul : Analisis Kejadian Depresi dan Risiko Bunuh Diri Menggunakan *Buddy App* Pada Remaja Di Wilayah Kota Makassar

Pendahuluan: Data dari WHO tahun 2017 tentang perilaku bunuh diri remaja Indonesia usia 13-17 tahun sebanyak 3.9% remaja di Indonesia telah mencoba bunuh diri minimal satu kali dalam setahun terakhir, 5.6% remaja telah membuat rencana terkait cara mereka bunuh diri dan 5.4% remaja dianggap serius telah mempertimbangkan/ memiliki ide bunuh diri. Remaja yang depresi 12 kali lebih berisiko untuk melakukan bunuh diri dibandingkan yang tidak depresi.

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui analisis kejadian depresi dan risiko bunuh diri menggunakan *Buddy App* pada remaja di Kota Makassar.

Metode: Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 16 Juli-3 Agustus 2018 dengan jenis penelitian analitik kuantitatif dengan desain *cross sectional study*. Responden berjumlah 285 orang dengan teknik *simple random sampling*. Penelitian ini diakses secara *online* menggunakan kuesioner depresi yang disediakan melalui *google form* dan kuesioner risiko bunuh diri menggunakan *buddy apps*.

Hasil: Berdasarkan hasil penelitian didapatkan kejadian depresi dan tingkat risiko bunuh diri lebih tinggi pada remaja akhir. Hasil uji statistik didapatkan perbedaan bermakna antara kejadian depresi (*p value* 0,000) dan tingkat risiko bunuh diri (*p value* 0,022) pada remaja awal dan remaja akhir. Ada 137 remaja yang mengalami depresi dan 72 (53%) diantaranya memiliki ide bunuh diri dengan 12 diantaranya memiliki risiko tinggi bunuh diri, 6 diantaranya sudah pernah melakukan percobaan bunuh diri.

Kesimpulan: Persentase kejadian depresi dan risiko bunuh diri lebih tinggi pada remaja akhir. Peneliti selanjutnya dapat mengkaji tentang tingkat depresi disetiap tingkatan risiko bunuh diri dengan mengembangkan kuesioner depresi.

Keywords: *Depresi, Remaja Awal, Remaja Akhir, Risiko Bunuh Diri, Buddy App*

BAB I PENDAHULUAN

A. *Latar Belakang Masalah*

Bunuh diri merupakan salah satu dampak dari gangguan kejiwaan yang menjadi sorotan global saat ini. Hal ini didukung dari banyaknya fenomena bunuh diri di berbagai wilayah di dunia. Data dari *World Health Organization* (WHO) tahun 2017 menyebutkan setiap tahun sebanyak 800.000 orang meninggal dunia akibat bunuh diri atau setiap 40 detik ada satu orang yang meninggal dunia karena bunuh diri (WHO, 2017). Beban bunuh diri global sebanyak 78% berada di negara berpenghasilan rendah dan menengah. Namun, di beberapa negara maju seperti Korea Selatan, Jepang, Amerika Serikat dan Cina menduduki peringkat tertinggi kasus bunuh diri dunia (WHO Region, 2017).

Amerika Serikat sebagai negara maju memiliki kasus tertinggi dalam hal bunuh diri yakni 44.965 per tahun dengan rata-rata 123 kasus setiap harinya dan jumlah kerugian negara mencapai \$51 miliar setiap tahun (AFSP, 2016). Jika dibandingkan dengan data global, Indonesia sebagai salah satu negara berpenghasilan menengah memiliki angka bunuh diri yang cenderung meningkat, berdasarkan laporan dari WHO di tahun 2015 angka bunuh diri di Indonesia sekitar 4.5% dari 100.000 populasi (WHO Region, 2017). Sedangkan di tahun 2012 angka bunuh diri di Indonesia sekitar 4.3% dari 100.000 populasi, ini berarti ada sekitar 9105 kasus bunuh diri setiap tahun, dengan jumlah perempuan 5206 jiwa dan laki-laki 3900 jiwa (WHO, 2014). Data dari Mabes Polri tahun 2012 kasus bunuh diri yang tercatat sekitar 0.5% dari 100.000 populasi atau sekitar 1.170 kasus bunuh diri setiap tahun (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

Perbedaan angka kasus bunuh diri yang tercatat disebabkan oleh fenomena bunuh diri di Indonesia yang masih sangat kurang dilaporkan oleh masyarakat. Eka Viora (Direktur Bina Kesehatan Jiwa Kemenkes) tahun 2015 menyebutkan adanya

stigma bunuh diri menyebabkan pendataan terhambat (Linggasari, 2015). Rekaman lengkap kematian akibat bunuh diri memerlukan hubungan yang baik antara masyarakat, polisi dan layanan kesehatan, namun stigma, tabu sosial dan masalah hukum menyebabkan data lengkap kasus bunuh diri tidak teridentifikasi (WHO, 2014). Kasus bunuh diri yang tercatat di Indonesia hingga saat ini hanyalah beberapa perwakilan saja dari kasus bunuh diri yang sesungguhnya. Tentu jika tidak ada upaya bersama pencegahan bunuh diri, angka tersebut bisa bertambah dari tahun ke tahun.

Bunuh diri salah satunya terjadi di kalangan usia remaja dan menjadi perhatian penting di berbagai negara. Masa remaja didefinisikan sebagai periode antara usia 10 dan 19 tahun, yang merupakan fase transisi dari "anak" menjadi "orang dewasa". Pada tahun 2015, jumlah remaja di Indonesia usia 13-17 tahun sebanyak 9.1% dari total populasi atau setara dengan 23.4 juta jiwa dengan masing-masing 12 juta remaja laki-laki dan 11.4 juta remaja perempuan (WHO SEARO, 2017). Remaja merupakan tahapan usia puncak terjadinya perubahan fisik, psikologis dan perilaku yang substansial yang dapat berkontribusi pada kesehatan mental. Remaja umumnya memiliki tingkat yang lebih rendah dibandingkan usia dewasa dalam hal kasus bunuh diri, namun tergolong kelompok usia berisiko tinggi karena bunuh diri adalah penyebab utama kematian kedua bagi kelompok remaja (Misra, 2017).

Perilaku bunuh diri memiliki tiga tahapan yang berbeda, yaitu tahapan ide/gagasan bunuh diri, tahapan perencanaan bunuh diri dan tahapan percobaan bunuh diri (Baggio, Palazzo, & Aerts, 2009). Data dari WHO tahun 2017 tentang perilaku bunuh diri remaja Indonesia usia 13-17 tahun sebanyak 3.9% remaja di Indonesia telah mencoba bunuh diri minimal satu kali dalam setahun terakhir, 5.6% remaja telah membuat rencana terkait cara mereka bunuh diri dan 5.4% remaja dianggap serius telah mempertimbangkan/memiliki ide bunuh diri (WHO SEARO, 2017). Data di tahun 2012 rata-rata penduduk Indonesia yang bunuh diri di usia 15-29 tahun sebanyak 3.6% dari 100.000 populasi (WHO, 2014). Dari data

tersebut dapat disimpulkan bahwa beberapa pelaku bunuh diri di Indonesia diantaranya adalah kelompok remaja. Angka tersebut sangat berdampak pada kualitas remaja Indonesia di masa depan.

Tingkat bunuh diri dan perilaku bunuh diri akan meningkat seiring dengan bertambahnya usia seseorang (Cash & Bridge, 2010). Bunuh diri akan semakin meningkat di usia remaja, sesuai dengan hasil penelitian Vinas, et al (2002) menunjukkan bahwa selama masa kanak-kanak risiko bunuh diri dan usaha bunuh diri sangat rendah, sedangkan selama masa remaja risiko bunuh diri akan meningkat (Vinas, Canals, Gras, & Ros, 2002). Meningkatnya risiko bunuh diri di usia remaja disebabkan berbagai prediktor pencetus bunuh diri seperti masalah depresi, cemas, stres, *bullying* dan harga diri rendah. Hal ini mengakibatkan akumulasi perasaan batin yang tidak dapat diterima dan menjadi beban remaja. Remaja mengekspresikan beban tersebut dengan cara memiliki keinginan untuk menyakiti diri sendiri atau mereka akan merasa lebih baik jika bunuh diri (Ibrahim et al., 2017).

Menurut WHO penyebab utama kasus bunuh diri adalah depresi. Oleh karena itu penanganan depresi ringan dan berat menjadi salah satu target SDGs (*Sustainable Development Goals*) dengan menjadikan target rencana aksi kesehatan mental WHO di tahun 2013-2020. Selain itu, pencegahan bunuh diri juga menjadi salah satu dari komponen rencana aksi kesehatan mental dengan target mengurangi tingkat bunuh diri disemua kalangan usia sebesar 10% di tahun 2020 (WHO, 2016). Untuk itu, salah satu prediktor yang dapat menjadi tolak ukur kasus bunuh diri remaja di Indonesia adalah dengan melihat jumlah kasus depresi remaja .

Namun, gangguan kesehatan mental seperti depresi di awal masa remaja sering tidak terdiagnosis dan tidak diobati, terutama di negara berkembang, karena keterbatasan akses untuk layanan psikologis dan kejiwaan serta adanya stigma sosial substansial yang melekat pada masalah kesehatan mental (WHO SEARO, 2017). Selain itu, isu sensitif ini jarang ditangani di sekolah dan dalam keluarga.

Kegagalan mengenali dan mengatasi masalah kesehatan mental pada anak dan remaja adalah masalah kesehatan masyarakat yang serius dengan konsekuensi penting berdampak pada pencapaian tujuan pembangunan dasar di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah (Kieling et al., 2011).

Remaja yang depresi 12 kali lebih berisiko untuk melakukan bunuh diri dibandingkan yang tidak depresi (King & Vidourek, 2012). Selain itu, depresi dapat pula menyebabkan masalah kebiasaan buruk seperti penggunaan tembakau berlebihan (merokok), alkohol dan narkoba yang dapat berujung pada tindakan bunuh diri di kalangan remaja (WHO SEARO, 2017). Perilaku negatif yang dilakukan remaja yang dapat berujung pada tindakan bunuh diri harus segera diatasi dan dicegah karena kelompok remaja merupakan generasi penerus bangsa. Pentingnya upaya pencegahan bunuh diri juga diperkuat dengan adanya bonus demografi di Indonesia yang diprediksi akan di mulai pada tahun 2020 hingga mencapai puncaknya pada tahun 2030 (Moeleok, 2016). Jika tidak ada upaya mencegah potensi bahaya dari depresi dan bunuh diri, maka bonus demografi Indonesia akan terancam menjadi bagian dari beban demografi. Indonesia akan kehilangan banyak sumber daya manusia khususnya remaja sebagai usia produktif.

Upaya yang digalakkan oleh WHO (2017) sebagai tindakan preventif bunuh diri salah satunya yaitu mengidentifikasi secara dini orang-orang yang berisiko bunuh diri, misalnya dengan mengenali tingkat risiko bunuh diri yang diderita (WHO, 2017). Salah satu media yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi upaya bunuh diri yaitu melalui aplikasi online, selain itu aplikasi online juga berguna sebagai penyediaan dukungan bagi orang yang berisiko bunuh diri (Bramley, 2016). Berbagai negara maju telah mengembangkan layanan aplikasi berbasis *smartphone* untuk mencegah bunuh diri salah satunya aplikasi yang dikembangkan di Amerika Serikat sejak tahun 2014 dengan nama “*Stay Alive App*”. Aplikasi tersebut fokus pada orang-orang yang memiliki pikiran bunuh diri (*Grassroots Suicide Prevention*, 2016), adapun di Indonesia layanan berbasis

smartphone untuk deteksi dan pencegahan bunuh diri belum pernah dikembangkan.

Penilaian kesehatan mental merupakan bagian penting dari perawatan kesehatan holistik dan merupakan kebutuhan sangat penting dalam populasi remaja. Alasan penting untuk skrining kesehatan mental adalah mendeteksi adanya faktor risiko untuk bunuh diri (Gray & Dihigo, 2015). Pilihan manajemen bunuh diri akan bergantung pada seberapa besar risiko bunuh diri pada remaja (Shain, 2016). Untuk itu sangat dibutuhkan adanya deteksi dini risiko bunuh diri pada remaja agar dapat direkomendasikan intervensi yang tepat.

Sekolah sebagai tempat remaja menghabiskan banyak waktu mereka menjadikan sekolah sebagai tempat penting untuk skrining perilaku bunuh diri remaja dan penyediaan pencegahan serta manajemen risiko bunuh diri. Dengan demikian, sekolah menjadi tempat yang efektif untuk pencegahan bunuh diri (Joe & Bryant, 2010). Program skrining bunuh diri remaja bertujuan untuk memperbaiki identifikasi bagi remaja yang membutuhkan perawatan paling utama (Pena & Caine, 2006). Penelitian menunjukkan bahwa skrining dan intervensi yang diberikan dapat membantu mengurangi perilaku bunuh diri pada remaja (Brent, 2009 dalam Macleod, Beautrais, Shave, & Jordan, 2015).

Kota Makassar sebagai kota terbesar keempat di Indonesia memiliki jumlah remaja usia sekolah (13-18 tahun) sebanyak 343.525 jiwa (BPS Sul Sel, 2016). Namun, remaja yang berada di daerah perkotaan cenderung untuk mendapatkan tekanan yang lebih besar. Mereka lebih mudah untuk bergaul secara bebas, mudahnya akses barang-barang terlarang (minuman keras dan narkoba), menjalin hubungan yang signifikan dengan lawan jenis, kurang mendapatkan perhatian orang tua karena kesibukan, serta akses informasi dunia internet yang sangat luas yang bisa mereka dapatkan. Dampaknya akan berpengaruh pada depresi, kecemasan, kurangnya perhatian orang tua, stress, *bullying* dan pergaulan bebas.

Studi pendahuluan pada penelitian ini dilakukan melalui pengisian lembar kuesioner sederhana yang dilakukan secara bertahap. Studi pendahuluan dilakukan terhadap 20 orang remaja berusia 13 sampai 18 tahun dengan masing-masing 10 remaja SMP dan 10 remaja SMA di Kota Makassar. Hasil dari studi pendahuluan didapatkan dari 10 remaja SMP didapatkan 1 orang dengan risiko tinggi bunuh diri, 3 orang dengan risiko sedang bunuh diri, 4 orang dengan risiko rendah bunuh diri dan 2 orang dengan risiko sangat rendah untuk bunuh diri. Studi pendahuluan pada 10 remaja SMA di Kota Makassar didapatkan 1 orang dengan risiko tinggi bunuh diri dan telah melakukan percobaan bunuh diri sebelumnya, 7 orang dengan risiko rendah bunuh diri dan 2 orang dengan risiko sangat rendah untuk bunuh diri. Dari data tersebut dapat disimpulkan 80% diantara siswa minimal pernah atau telah memikirkan ide untuk bunuh diri.

Salah satu Kecamatan di Kota Makassar yang memiliki penduduk terbanyak adalah Kecamatan Tamalate dengan jumlah penduduk terbanyak kedua di Kota Makassar. Kecamatan Tamalate tergolong daerah marginal (daerah pinggiran) yang beberapa wilayahnya masih tergolong tertinggal. Kecamatan Tamalate merupakan kecamatan dengan tingkat kemiskinan yang tinggi ditandai dengan posisinya sebagai wilayah peringkat pertama yang memiliki jumlah keluarga miskin terbanyak yang menerima raskin di Kota Makassar (BPS Kota Makassar, 2015). Selain itu, persentase jumlah keluarga prasejahtera di Kecamatan Tamalate mencapai 45% (nilai tertinggi). Indikator keluarga prasejahtera meliputi kondisi ekonomi, sosial dan psikologis keluarga yang masih sangat rendah (BPS Kota Makassar, 2017). Hal ini sejalan dengan fakta yang menyebutkan bahwa 75% kasus bunuh diri terjadi di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah (LMICs) dengan tingkat kemiskinan tinggi. Bukti menunjukkan ada hubungan antara variabel ekonomi dan perilaku bunuh diri (Bantjes et al., 2016). Selain tingkat kemiskinan, Kecamatan Tamalate juga tergolong memiliki jumlah remaja usia sekolah yang tinggi dengan peringkat ketiga terbanyak di Kota Makassar (BPS Kota Makassar, 2017).

Selanjutnya dalam penelitian ini, untuk dapat dilakukan diagnosa dini tentang risiko bunuh diri, maka peneliti ingin membuat suatu aplikasi berbasis *smartphone* untuk mendeteksi dini risiko bunuh diri remaja. Deteksi dini bertujuan untuk memantau risiko bunuh diri pada remaja. Jika remaja berisiko bunuh diri, maka akan lebih mudah dalam penanganannya. Sistem yang akan di gunakan dalam deteksi dini yaitu dengan memanfaatkan *smartphone*, agar mudah dalam pemantauan dan remaja dapat leluasa menjawab pertanyaan deteksi. Input dari *smartphone* akan menggunakan WAP melalui server, kemudian di proses dan di masukkan ke dalam database. Data dari database akan diolah dengan prosedur tertentu untuk menunjukkan gambaran risiko bunuh diri remaja di Kota Makassar.

Berdasarkan fenomena tersebut, peneliti tertarik untuk mengkaji lebih lanjut dengan mengangkat judul penelitian “Analisis Kejadian Depresi dan Risiko Bunuh Diri menggunakan *Buddy App* pada Remaja di Wilayah Kota Makassar”.

B. Rumusan Masalah

Bertambahnya populasi remaja khususnya di Indonesia menyebabkan munculnya dampak bonus demografi yang sangat menguntungkan bagi Indonesia jika remaja dapat dididik dengan baik. Isu kesehatan remaja telah menjadi isu terkemuka dan menjadi tanggungjawab masyarakat. Remaja yang berada di daerah perkotaan cenderung untuk mendapatkan tekanan yang lebih besar. Mereka lebih mudah untuk bergaul secara bebas, mudahnya akses barang-barang terlarang (minuman keras dan narkoba), menjalin hubungan yang signifikan dengan lawan jenis, kurang mendapatkan perhatian orang tua karena kesibukan, serta akses informasi dunia internet yang sangat luas yang bisa mereka dapatkan. Dampaknya akan berpengaruh pada depresi, kecemasan, kurangnya perhatian orang tua, stress, *bullying* dan pergaulan bebas yang akan berujung pada masalah paling berat yaitu bunuh diri. Berdasarkan uraian tersebut, dirumuskan pertanyaan penelitian “Bagaimana Analisis Kejadian Depresi dan Risiko Bunuh Diri menggunakan *Buddy App* pada Remaja di Wilayah Kota Makassar”

C. Tujuan Penelitian

Adapun tujuan dari penelitian ini adalah:

1. Tujuan Umum

Diketuainya analisis kejadian depresi dan risiko bunuh diri menggunakan *buddy app* pada remaja di Wilayah Kota Makassar

2. Tujuan Khusus

- a. Diketuainya gambaran kejadian depresi remaja berdasarkan periode perkembangan remaja di Wilayah Kota Makassar
- b. Diketuainya gambaran tingkat risiko bunuh diri remaja berdasarkan periode perkembangan remaja di Wilayah Kota Makassar
- c. Diketuainya analisis kejadian depresi dan tingkat risiko bunuh diri berdasarkan periode perkembangan remaja di Wilayah Kota Makassar

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Pendidikan

Sebagai bahan masukan/informasi kepada pihak institusi UIN Alauddin Makassar Prodi Keperawatan untuk lebih meningkatkan pembelajaran terkait keperawatan jiwa khususnya pada remaja yang berguna untuk memberikan promosi kesehatan mental bagi remaja.

2. Bagi Praktek Keperawatan

Dapat menjadi sumber rujukan untuk mengetahui seberapa besar tingkat kejadian depresi pada remaja dan risiko bunuh diri remaja. Selain itu, dapat menjadi acuan bahan kajian untuk membantu dalam merumuskan intervensi keperawatan yang sesuai.

3. Bagi Sekolah

Sebagai sumber informasi yang menyeluruh terkait tingkat depresi remaja dan risiko bunuh diri remaja di Kota Makassar. Mendorong sekolah-sekolah untuk menggalakkan program promosi kesehatan mental berbasis sekolah sebagai metode untuk mencegah bunuh diri remaja di Kota Makassar.

E. Defenisi Operasional

Tabel 1.1 Defenisi Operasional

No	Variabel	Defenisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Data
1	Periode perkembangan remaja	Usia remaja yang dihitung sejak tahun kelahiran hingga menjadi responden yang ditentukan berdasarkan periode perkembangan remaja menurut WHO	Kuesioner karakteristik responden: Usia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Remaja Awal (<i>Early adolescenst</i>): 10-14 tahun 2. Remaja Akhir (<i>Late adolescents</i>): 15-19 tahun 	Numerik
2	Risiko bunuh diri	Risiko bunuh diri remaja yaitu besarnya kemungkinan remaja untuk melakukan upaya bunuh diri termasuk adanya tanda-tanda ide bunuh diri dan perilaku bunuh diri yang ada pada remaja yang dapat menyebabkan remaja melakukan percobaan bunuh diri	Instrumen <i>Columbia Suicide Severity Rating Scale</i> (CSSRS) yang menjadi komponen <i>Buddy App</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Risiko tinggi untuk bunuh diri (Jika responden menjawab items pertanyaan terkait ide dan perilaku bunuh diri yang masuk dalam kategori pertanyaan "triage" berwarna merah) 2. Risiko sedang untuk bunuh diri (Jika responden menjawab items pertanyaan terkait ide bunuh diri yang masuk dalam kategori pertanyaan "triage" berwarna orange) 3. Risiko rendah untuk bunuh diri (Jika responden menjawab items pertanyaan terkait 	Ordinal

				ide bunuh diri yang masuk dalam kategori pertanyaan “ <i>triage</i> ” berwarna kuning) 4. Risiko sangat rendah untuk bunuh diri (Jika responden menjawab seluruh item pertanyaan dengan jawaban “tidak”	
3	Depresi	Kondisi remaja yang ditandai dengan adanya perasaan sedih, kurang minat, perasaan bersalah, rendah diri, gangguan tidur dan nafsu makan serta kurang konsentrasi yang dirasakan dalam beberapa hari terakhir hingga hari pengambilan data.	Instrumen <i>Kutcher Adolescent Depression Scale (KADS)</i> yang disajikan dalam bentuk kuesioner	1. Jika skor ≥ 6 menunjukkan responden tergolong “mengalami depresi” dan membutuhkan perawatan 2. Jika skor < 6 menunjukkan responden tergolong “tidak mengalami depresi”	Ordinal

F. Kajian Pustaka

Tabel 1.2 Kajian Pustaka

Penulis	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Hasil	Perbedaanya
Jeli Pratiwi & Anna Underwati (2014)	Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui	Metode pengumpulan data dengan memodifikasi pada <i>Columbia-Suicide</i>	Hasil penelitian menunjukkan sekitar satu per tiga remaja dari 442 responden	Tujuan penelitian, instrument penelitian (tidak

Indonesia	keparahan dan intensitas <i>suicide ideation</i> yang terjadi pada remaja serta faktor-faktor yang mempengaruhi <i>suicide ideation</i> pada remaja khususnya di kota Semarang.	<i>Severity Rating Scale</i> (C-SSRS) disertai sebuah pertanyaan terbuka untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi <i>suicide ideation</i> .	memiliki atau pernah mengalami <i>suicide ideation</i> . Secara umum keparahan <i>suicide ideation</i> yang dialami responden belum termasuk dalam kategori serius dengan intensitas rendah.	menggunakan aplikasi)
(BinDhim et al., 2015) Australia	Untuk mengeksplorasi serapan, pemanfaatan dan karakteristik pengguna sukarela sebuah aplikasi untuk skrining depresi	Penelitian <i>cross-sectional</i> tentang aplikasi <i>smartphone skrining</i> depresi bebas yang berisi daftar demografik, kuesioner kesehatan pasien (PHQ-9), tes kegelisahan singkat, rekomendasi pribadi berdasarkan pada hasil partisipan dan tautan ke situs web yang relevan dengan depresi.	Aplikasi <i>smartphone</i> dapat digunakan untuk mengirimkan alat <i>skrining</i> untuk depresi di sejumlah besar negara- yang telah mencoba. Aplikasi ini berpotensi memainkan peran penting dalam skrining penyakit, pengelolaan mandiri, pemantauan dan pendidikan kesehatan terutama di kalangan orang dewasa muda	Sasaran responden dan skrining penyakit yang menjadi fokusnya
(Ziaei et al., 2017) Iran	Penelitian ini dilakukan untuk menentukan prevalensi dan korelasi antara keinginan bunuh diri di antara siswa sekolah menengah berusia 15-17 tahun di Iran	Penelitian <i>cross-sectional</i> , kuesioner Survei Kesehatan Siswa Berbasis Sekolah yang dikelola oleh <i>Global School</i> didistribusikan ke sampel perwakilan (N = 1517) siswa sekolah menengah berusia 15-17 tahun di kota Tabriz. Logistik multivariat regresi digunakan untuk menilai hubungan antara variabel independen yang	Prevalensi ide bunuh diri lebih rendah pada siswa sekolah dibandingkan penelitian sebelumnya. Intervensi yang membahas masalah merokok, kecemasan, pemikiran tentang penggunaan alkohol atau obat lain dan pelecehan seksual harus diberi prioritas lebih oleh otoritas	Tujuan penelitian, instrument penelitian (tidak menggunakan aplikasi)

		relevan (misalnya jenis kelamin) dan variabel hasil dependen (ide bunuh diri dalam 12 bulan terakhir)	kesehatan masyarakat	
--	--	---	----------------------	--



UNIVERSITAS ISLAM NEGERI
ALAUDDIN
M A K A S S A R

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Bunuh Diri

1. Defenisi

Menurut kamus Oxford *Suicide is the action of killing oneself intentionally*, bunuh diri merupakan tindakan membunuh diri dengan sengaja. Defenisi tersebut sama dengan KBBI (Kamus Besar Bahasa Indonesia) yang mengartikan bunuh diri sebagai tindakan yang sengaja mematikan diri sendiri.

Penelitian studi pustaka yang dilakukan oleh Masango, Rataemane & Motojesi (2008) telah mengumpulkan berbagai *literature* dan mendefenisikan bunuh diri dengan istilah-istilah sebagai berikut (Masango, Rataemane, & Motojesi, 2008):

- a. Bunuh diri (*Suicide*) merupakan kematian yang ditimbulkan sendiri dengan bukti bahwa orang tersebut bermaksud bunuh diri
- b. Percobaan bunuh diri (*Suicide Attempt*) merupakan perilaku merugikan diri sendiri dengan hasil yang tidak fatal
- c. Ide bunuh diri (*Suicide Ideation*) merupakan pemikiran tentang bunuh diri. Ide bunuh diri berbeda dalam keseriusannya, tergantung pada spesifitas rencana bunuh diri dan tingkat niat bunuh diri.
- d. Perilaku bunuh diri yang mematikan (*Lethality of Suicide Behaviour*) merupakan bahaya objektif terhadap kehidupan yang terkait dengan metode bunuh diri
- e. Merugikan diri sendiri (*Deliberate Self Harm*) merupakan tindakan yang merugikan tanpa niat untuk mati

Matthew dkk (2008) dalam artikelnya berjudul *Suicide and Suicidal Behavior* menggunakan terminologi definisi bunuh diri dan perilaku bunuh diri. Bunuh diri sebagai tindakan yang sengaja mengakhiri hidup sendiri. Pikiran dan

perilaku non-bunuh diri (selanjutnya disebut "perilaku bunuh diri") diklasifikasikan lebih banyak khususnya menjadi tiga kategori: ide bunuh diri, yang mengacu pada pikiran yang terlibat dalam perilaku yang dimaksudkan untuk mengakhiri hidup seseorang dengan sengaja; rencana bunuh diri, yang mengacu pada formulasi metode spesifik yang dengannya seseorang berniat untuk mati; dan upaya bunuh diri, yang mengacu pada keterlibatan secara potensial perilaku merugikan diri sendiri di mana setidaknya ada beberapa niat untuk mati. Sebagian besar peneliti dan dokter membedakan perilaku bunuh diri dari cedera diri *nonsuicidal* (misalnya, *self-cutting*), yang mengacu pada cedera diri di mana seseorang tidak memiliki niat mati; perilaku seperti itu bukan fokus dari tinjauan ini (Nock et al., 2008).

Ustadz. Muhtar Lutfi mengatakan bahwa:

“Bunuh diri dalam pandangan islam dibedakan menjadi tiga macam yaitu bunuh diri yang dilakukan secara sengaja, bunuh diri yang bersifat semi sengaja dan bunuh diri yang dilakukan secara tidak sengaja” (Lutfi, 2018).

Pada penelitian ini, yang dimaksud peneliti adalah bunuh diri yang dilakukan secara sengaja, dalam hal ini remaja memang sejak awal telah memiliki ide bunuh diri (memikirkan untuk bunuh diri), yang selanjutnya diikuti dengan tahap perencanaan bunuh diri dengan memikirkan dan mulai membuat rencana tentang bagaimana cara mereka melakukan bunuh diri dan tahapan terakhir yaitu perilaku bunuh diri dalam hal ini mereka mulai melakukan upaya bunuh diri.

Selain perbedaan tentang bunuh diri dalam pandangan islam, yang perlu dibedakan pula adalah bunuh diri dan membunuh orang lain. Ayat tentang azab bagi orang yang membunuh dirinya dengan sengaja dijelaskan oleh Allah SWT dalam QS. An-Nisa ayat 29:

يَتَأْتِيهَا الَّذِينَ ءَامَنُوا لَا تَأْكُلُوا ءَمْوَالِكُمْ بَيْنَكُمْ بِالْبَاطِلِ إِلَّا أَنْ تَكُونَ تِجَارَةً عَنْ تَرَاضٍ مِّنْكُمْ وَلَا تَقْتُلُوا
 أَنْفُسَكُمْ إِنَّ اللَّهَ كَانَ بِكُمْ رَحِيمًا ﴿٢٩﴾

Terjemahannya:

Hai orang-orang yang beriman, janganlah kamu saling memakan harta sesamamu dengan jalan yang batil, kecuali dengan jalan perniagaan yang berlaku dengan suka sama-suka di antara kamu. Dan janganlah kamu membunuh dirimu; sesungguhnya Allah adalah Maha Penyayang kepadamu.

“Dan janganlah kalian membunuh diri kalian' (An-Nisa: 29), hingga akhir ayat." sehubungan dengan ayat ini Ibnu Mardawiah mengetengahkan sebuah hadits melalui Al-A'masy, dari Abu Saleh, dari Abu Hurairah yang menceritakan bahwa Rasulullah shallallahu ‘alaihi wa sallam pernah bersabda: Barang siapa yang membunuh dirinya sendiri dengan sebuah besi, maka besi itu akan berada di tangannya yang dipakainya untuk menusuki perutnya kelak di hari kiamat di dalam neraka Jahannam dalam keadaan kekal di dalamnya untuk selama-lamanya. Dan barang siapa yang membunuh dirinya sendiri dengan racun, maka racun itu berada di tangannya untuk ia teguki di dalam neraka Jahannam dalam keadaan kekal di dalamnya untuk selama-lamanya. Hadis ini ditetapkan di dalam kitab Sahihain. Hal yang sama telah diriwayatkan oleh Abuz Zanad dari Al-A'raj, dari Abu Hurairah, dari Nabi shallallahu ‘alaihi wa sallam dengan lafal yang semisal. Dari Abu Qilabah, dari Sabit ibnu Dahhak Disebutkan bahwa Rasulullah shallallahu ‘alaihi wa sallam pernah bersabda: Barang siapa yang membunuh dirinya dengan sesuatu, maka kelak pada hari kiamat dia akan diazab dengan sesuatu itu (*Tafsir Learn Quran*, 2018).

Dari Q.S An-Nisa ayat 29 di atas dapat disimpulkan bahwa bunuh diri ada salah satu dosa besar yang sangat dibenci oleh Allah SWT. Allah SWT telah menciptakan manusia dengan sebaik-baik penciptaan, selain itu manusia diciptakan tidak lain hanya untuk beribadah kepada Allah SWT dan menjadi khalifah di muka bumi, hal tersebut menunjukkan bukti kecintaan Allah SWT

kepada makhluknya. Bunuh diri sama halnya dengan mendahului takdir-takdir yang telah Allah SWT tentukan untuk manusia, tugas dan amanah hidup di dunia amatlah penting untuk menjadi bekal kehidupan di akhirat kelak. Oleh karena itu, manusia perlu menjalani takdirnya dengan sebaik-baiknya. Bunuh diri hanya akan membawa malapetaka bagi diri-diri kita baik di dunia maupun di akhirat kelak, dan tidak ada kesempatan untuk bertobat bagi mereka yang melakukan bunuh diri.

Berbeda dengan bunuh diri, ayat yang menjelaskan tentang azab dan ampunan jika membunuh orang lain terdapat dalam Firman Allah SWT dalam QS. Al-Furqan ayat 68-71:

وَالَّذِينَ لَا يَدْعُونَ مَعَ اللَّهِ إِلَهًا آخَرَ وَلَا يَقْتُلُونَ النَّفْسَ الَّتِي حَرَّمَ اللَّهُ إِلَّا بِالْحَقِّ وَلَا يَزْنُونَ وَمَنْ يَفْعَلْ ذَلِكَ يَلْقَ أَثَامًا ٦٨ يُضَاعَفْ لَهُ الْعَذَابُ يَوْمَ الْقِيَامَةِ وَيَخَلَّدُ فِيهِ مُهًّأً ٦٩ إِلَّا مَنْ تَابَ وَعَمِلَ عَمَلًا صَالِحًا فَأُولَئِكَ يُبَدِّلُ اللَّهُ سَيِّئَاتِهِمْ حَسَنَاتٍ ۗ وَكَانَ اللَّهُ غَفُورًا رَحِيمًا ٧٠ وَمَنْ تَابَ وَعَمِلَ صَالِحًا فَإِنَّهُ يَتُوبُ إِلَى اللَّهِ مَتَابًا ٧١

Terjemahannya:

68. Dan orang-orang yang tidak menyembah tuhan yang lain beserta Allah dan tidak membunuh jiwa yang diharamkan Allah (membunuhnya) kecuali dengan (alasan) yang benar, dan tidak berzina, barang siapa yang melakukan yang demikian itu, niscaya dia mendapat (pembalasan) dosa(nya)

69. (yakni) akan dilipat gandakan azab untuknya pada hari kiamat dan dia akan kekal dalam azab itu, dalam keadaan terhina

70. kecuali orang-orang yang bertaubat, beriman dan mengerjakan amal saleh; maka itu kejahatan mereka diganti Allah dengan kebajikan. Dan adalah Allah maha Pengampun lagi Maha Penyayang

71. Dan orang-orang yang bertaubat dan mengerjakan amal saleh, maka sesungguhnya dia bertaubat kepada Allah dengan taubat yang sebenar-benarnya

Imam Nasai mengatakan, telah menceritakan kepada kami Qutaibah ibnu Sa'id, telah menceritakan kepada kami Jarir, dari Mansur, dari Hilal ibnu Yusaf, dari Salamah ibnu Qais yang mengatakan bahwa Rasulullah Saw. bersabda dalam haji wada'-nya, ""Ingatlah, sesungguhnya dosa yang terbesar itu ada empat macam."" Salamah ibnu Qais mengatakan bahwa sejak ia

mendengar hal tersebut dari Rasulullah Saw., ia sangat membenci keempat perbuatan itu, yaitu: Janganlah kalian mempersekutukan Allah dengan sesuatu pun, dan janganlah kalian membunuh jiwa yang diharamkan oleh Allah (membunuhnya) kecuali dengan (alasan) yang hak, dan janganlah kalian berzina, serta janganlah kalian mencuri (*Tafsir Learn Quran*, 2018).

Hadis yang diriwayatkan oleh Ibnu Jarir dan lain-lainnya melalui Abu Umamah Al-Bahili secara mauquf dan marfu' disebutkan bahwa gayyan dan asaman adalah nama dua buah sumur di dasar neraka Jahanam semoga Allah melindungi kita dari kedua sumur itu berkat karunia dan kemurahan-Nya. As-Saddi telah mengatakan sehubungan dengan makna firman-Nya: niscaya dia mendapat (pembalasan) dosa(nya). (Al-Furqan: 68) Bahwa asaman ialah pembalasan. Takwil ini lebih serasi dengan makna lahiriah ayat, dan dengan pengertian yang sama disebutkan dalam konteks selanjutnya yang berfungsi sebagai mubdal minhu-nya, yaitu firman Allah SWT: (yakni) akan dilipatgandakan azab untuknya pada hari kiamat. (Al-Furqan:69) Yakni siksaan itu diulang-ulang terhadapnya dan diperkeras. dan dia akan kekal dalam azab itu, dalam keadaan terhina. (Al-Furqan: 69) Maksudnya, dalam keadaan terhina lagi rendah. Firman Allah SWT.: kecuali orang-orang yang bertobat, beriman, dan mengerjakan amal saleh. (Al-Furqan: 70) Artinya, pembalasan dari perbuatannya yang buruk-buruk adalah seperti yang telah disebutkan di atas. Kecuali orang-orang yang bertobat. (Al-Furqan: 70) Yaitu bertobat kepada Allah SWT. Sewaktu masih di dunianya dari semua perbuatan dosanya, maka Allah akan menerima tobatnya. Di dalam kandungan ayat ini terdapat makna yang menunjukkan bahwa tobat orang yang pernah membunuh dapat diterima (*Tafsir Learn Quran*, 2018).

QS. Al-Furqan Ayat 68-70 ini tidaklah bertentangan dengan ayat lain yang ada di dalam QS. An-Nisa ayat 93 sebagai berikut:

وَمَا كَانَ لِمُؤْمِنٍ أَنْ يَقْتُلَ مُؤْمِنًا إِلَّا خَطَاً وَمَنْ قَتَلَ مُؤْمِنًا خَطَاً فَتَحْرِيرُ رَقَبَةٍ مُؤْمِنَةٍ وَدِيَةٌ مُسَلَّمَةٌ إِلَىٰ أَهْلِهِ
إِلَّا أَنْ يَصَدَّقُوا فَإِنْ كَانَ مِنْ قَوْمٍ لَكُمْ عَدُوٌّ لَكُمْ وَهُوَ مُؤْمِنٌ فَتَحْرِيرُ رَقَبَةٍ مُؤْمِنَةٍ وَإِنْ كَانَ مِنْ قَوْمٍ بَيْنَكُمْ وَبَيْنَهُمْ

tersebut wajib dalam kasus pembunuhan tidak sengaja, yang salah satunya ialah membayar kifarat untuk menghapus dosa besar yang dilakukannya, sekalipun hal tersebut ia lakukan secara tidak sengaja. Di antara syarat kifarat ini ialah memerdekakan seorang budak yang mukmin, tidak cukup bila yang dimerdekakannya itu adalah budak yang kafir. Barang siapa yang tidak memperolehnya, maka hendaklah ia (si pembunuh) berpuasa dua bulan berturut-turut. (An-Nisa: 92) Tidak boleh berbuka barang sehari pun di antara dua bulan itu, melainkan ia lakukan puasanya secara berturut-turut dan langsung hingga bulan yang kedua (*Tafsir Learn Quran*, 2018).

Ayat-ayat Allah SWT yang telah dipaparkan di atas dapat disimpulkan bahwa tindakan bunuh diri maupun membunuh seseorang merupakan tindakan yang sangat dibenci Allah SWT dan hukumnya haram. Perbedaan bunuh diri dengan membunuh orang lain adalah pada azab dan ampunannya. Seseorang yang bunuh diri kelak di akhirat akan di azab oleh Allah SWT sesuai dengan sesuatu yang mereka gunakan untuk membunuh dirinya dan tidak ada waktu untuk bertobat bagi mereka yang membunuh dirinya. Bunuh diri sama saja dengan mendahului takdir Allah SWT, sedangkan, jika seseorang membunuh orang lain, juga akan diazab oleh Allah SWT namun, jika mereka bertobat dengan sungguh-sungguh atas apa yang mereka lakukan Allah SWT akan mengampuninya dan menghapus dosa yang telah mereka lakukan. Hal ini menunjukkan bahwa Allah SWT adalah maha pengampun, sebesar apapun dosa manusia, selama manusia masih diberi kesempatan untuk hidup maka mereka dapat melakukan tobat nasuha dengan bersungguh-sungguh agar diampunkan segala dosanya.

2. Etiologi

Menurut WHO penyebab bunuh diri 90% disebabkan karena depresi (WHO, 2017). Selain itu, gangguan kondisi kejiwaan menyumbang 80-90% korban bunuh diri remaja. Gangguan kejiwaan, terutama gangguan suasana hati

dan gangguan penyalahgunaan zat, secara signifikan meningkatkan risiko bunuh diri remaja dan bunuh diri perilaku (Cash & Bridge, 2010).

Bunuh diri tidak terlepas dari interaksi keempat faktor yaitu biologis, psikologis, kognitif dan lingkungan. Adapun faktor-faktor risiko bunuh diri disajikan dalam tabel 2.1 sebagai berikut (*Educational Psychology Service Section, 2017*):

Tabel 2.1 Faktor Risiko Bunuh Diri

Faktor Biologis	Faktor Psikologis	Faktor Kognitif	Faktor Lingkungan	
			Keluarga	Umum
Penyakit mental	Harga diri rendah	Kekakuan pikiran	Riwayat bunuh diri di keluarga	<i>Bullying</i>
Depresi/cemas	Putus asa/ tidak berdaya	<i>Over generalisasi</i>	Tertekan	Obat-obatan dan alkohol
Genetik	Perasaan rendah diri	Egosentrisme	Perubahan struktur keluarga	Paparan bunuh diri dari rekan
Pubertas	<i>Loss identity</i>	Melihat kematian sebagai solusi terbaik	Status sosial ekonomi rendah	Isolasi sosial
Perubahan Hormon	Bingung/Konflik identitas seksual	Tindakan kekerasan, <i>satanisme</i>	Kurang kuat ikatan dengan keluarga	Kurang teman
Penyakit fisik/kronis	Kurang impuls kontrol	Pemikiran idealis, perfeksionisme ekstrim	Harapan orang tua tidak realistis	Kehilangan hubungan yang signifikan
	Tingkat stress tinggi	Kurang terampil mengatasi konflik	Kekerasan	Mobilitas sering
	Takut penghinaan		Pelecehan	Akses yang mudah ke sarana bunuh diri
			Tidak konsisten	Kehamilan/aborsi

3. Tanda Peringatan

Seseorang yang bunuh diri kebanyakan diawali oleh tanda peringatan yang akan dapat dilihat oleh teman, keluarga dan orang lain yang ada di dekat mereka. *The Mental Health Recovery Institute* (2017) merilis sebuah buku yang berjudul *The 13 Suicide Warning Signs*, tanda penting tersebut yaitu (*The Mental Health Recovery Institute*, 2017):

a. Keasyikan dengan kematian

Hal ini dapat ditandai dengan seseorang akan membicarakan, menulis, atau bercanda tentang kematian dan termasuk menggambar dan ekspresi artistik lainnya.

b. Membicarakan orang-orang yang telah meninggal karena bunuh diri

Seseorang yang ingin bunuh diri cenderung memuliakan seseorang yang telah meninggal, misalnya membicarakan tentang bagaimana betapa indah dan beraninya hidup mereka. Menarik diri dari orang-orang disekitarnya.

c. Menarik diri

Menarik diri atau menghindari kontak dengan orang lain bisa menjadi tanda umum depresi, yang meningkatkan risiko bunuh diri. Terkadang orang yang ingin bunuh diri awalnya akan menarik diri dari orang di sekitar mereka untuk melindungi orang tersebut dari rasa sakit setelah orang tersebut bunuh diri.

d. Memberikan harta/benda yang mereka cintai

Tanda peringatan ini terutama penting bagi anak muda (remaja), yang tidak mungkin menyerahkan harta benda mereka dalam keadaan normal. Mungkin mobil mereka, perhiasan, atau bahkan hewan peliharaan yang dicintai, dan mereka akan mengatakan tidak peduli lagi.

e. Kehilangan minat tiba-tiba pada hal yang mereka senangi

Kehilangan minat biasanya ditandai saat seseorang melepaskan atau meninggalkan hobi mereka, misalnya tiba-tiba meninggalkan kebiasaannya berolahraga. Contoh lain, kurang minat bersosialisasi yang merupakan tanda

depresi dan putus asa. Hal ini bisa sangat sulit untuk orang-orang yang ingin bunuh diri karena mereka tidak lagi merasa punya arti dalam melakukan hal-hal yang menjadi hobi mereka. Mereka mungkin mengatakan "apapun gunanya?"

f. Mengucapkan selamat tinggal dengan cara yang berarti

Mengucapkan selamat tinggal, misalnya melalui telepon, surat atau hanya pelukan. Seringkali orang tersebut akan memiliki percakapan yang mendalam dan berarti, misalnya mengucapkan terima kasih atas semua yang telah dilakukan untuk mereka.

g. Mempersiapkan sesuatu setelah kematian

Seseorang tersebut mungkin mulai menjalankan urusan mereka dalam dan mulai membuat persiapan setelah kematiannya. Mereka mungkin menulis atau memperbarui keinginan mereka, misalnya menjual property atau mengambil asuransi. Hal ini tidak biasa dilakukan pada anak muda dan merupakan tanda peringatan yang serius. Kebanyakan mereka akan mengatakan, "Jika terjadi sesuatu pada saya ..." atau "Ketika saya pergi..."

h. Mendadak tenang (suasana hati yang tiba-tiba baik)

Mungkin terdengar aneh, akan tetapi jika seseorang telah tertekan dan tiba-tiba mereka tenang, atau bahkan dalam suasana hati yang baik, itu bisa jadi tanda peringatan. Ini bisa berarti bahwa orang tersebut telah berhenti menolak dan mendesak untuk bunuh diri dan telah menerimanya sebagai hal yang tidak terelakkan, atau membuat keputusan untuk mengakhiri hidup mereka.

i. Depresi

Depresi juga merupakan tanda peringatan. Depresi adalah diagnosa yang paling umum pada mereka yang meninggal karena bunuh diri. Sulit untuk membedakan antara seseorang yang memiliki depresi dan ketika seseorang mengalami depresi dan bunuh diri, jadi sangat penting untuk memperhatikan tanda dan perubahan lainnya dalam mood.

j. Melukai diri dengan sengaja

Sering kali melukai diri sendiri digunakan sebagai jalan keluar untuk depresi atau trauma. Niat untuk merugikan diri sendiri dalam hal ini bukan untuk mati. Orang-orang melakukannya karena berbagai alasan, namun, ini penting sebagai tanda peringatan dan penting untuk mengamati dengan hati-hati. Sering kali, orang-orang yang merugikan dirinya sendiri sengaja menggunakan ini sebagai *coping* mekanisme depresi. Jika itu artinya baik orang mencoba untuk menghentikan orang tersebut merugikan diri mereka sendiri sebelum orang tersebut memiliki mengembangkan strategi penanggulangan lainnya, mereka mungkin merasa seperti bunuh diri adalah satu-satunya pilihan lain.

k. Mengerjakan sesuatu yang berisiko

Perilaku seperti mengemudi sembrono, penggunaan narkoba atau perjudian bisa berarti orang itu tidak lagi peduli terhadap kesejahteraan mereka dan emosi mereka telah mati. Terkadang mereka membuat usaha untuk merasakan sesuatu atau apapun, selain rasa sakit mereka ini bisa berarti orang tersebut belum sepenuhnya memutuskan untuk mengakhiri hidup, akan tetapi mereka berharap keputusannya akan tercapai dan dilakukan dengan 'menyebabkan' kecelakaan.

l. Agresi atau balas dendam

Seorang mungkin berusaha 'benar' apapun dianggap ketidakadilan terhadap diri mereka sendiri sebelum mengakhiri hidup mereka, atau mereka mungkin mengizinkan menyakiti orang lain dengan mengakhiri hidup mereka sendiri untuk 'menunjukkan pada orang yang telah menyakiti mereka'. Setelah itu, orang akan sering merasa bersalah atas apa yang mereka katakana/lakukan.

m. Pernah berusaha melakukan upaya bunuh diri sebelumnya

Inilah salah satu indikator, yaitu ketika seseorang akan mencoba bunuh diri lagi. Jika mental dan sumber kesehatan mental seseorang tidak baik,

misalnya tingkat stres tidak berubah sejak upaya terakhir yang dilakukan. Kemungkinan besar mereka akan mencoba lagi. Tentu saja ada juga orang yang sudah mengalami depresi atau mencoba bunuh diri di masa lalu dan telah pulih sepenuhnya. Jika anda menemukan seseorang yang telah bunuh diri sebelumnya, maka anda harus ekstra waspada.

4. Fakta dan Mitos

Mitos tentang bunuh diri yang beredar di masyarakat cenderung masih tinggi, padahal kebanyakan persepsi masyarakat tentang bunuh diri bertolakbelakang dengan fakta yang sebenarnya. Mitos dan fakta terkait bunuh diri yang disajikan dalam tabel 2.2 (*The Mental Health Recovery Institute*, 2017):

Tabel 2.2 Mitos dan Fakta Bunuh Diri

MITOS	FAKTA
Orang yang bunuh diri adalah orang yang lemah dan pengecut	Orang yang ingin bunuh diri sebenarnya adalah orang yang menderita, mereka menanggung tanggungjawab yang besar. Bunuh diri bukanlah jalan keluar/cara yang mudah secara fisik dan emosional
Orang yang bunuh diri adalah orang yang berani dan terhormat	Beberapa kebudayaan menganggap bunuh diri sebagai tindakan terhormat dalam situasi tertentu, untuk itu kita perlu berhati-hati menilai bunuh diri sebagai sebuah kehormatan. Ada aturan yang ketat tentang bagaimana seharusnya bunuh diri di publikasi di media.
Orang yang bunuh diri tidak sehat secara mental	90% orang yang bunuh diri ditemukan memiliki penyakit jiwa akan tetapi 10% tidak. Beberapa dari orang-orang yang bunuh diri tidak memiliki penyakit jiwa, namun mereka mengalami kehilangan sesuatu secara tiba-tiba (pekerjaan, keuangan, hubungan, orang yang dicintai). Orang tersebut mungkin sudah sampai pada keputusan untuk mengakhiri menjalani hidup mereka setelah banyak pertimbangan. Contoh kasus dimana orang tersebut tidak sehat secara mental misalnya, mungkin orang tersebut telah mencapai usia di mana mereka merasa tidak

	ingin menjadi beban orang lain, dan akan menghentikannya beban tersebut, atau mungkin mereka menderita penyakit parah.
Orang yang bunuh diri adalah orang yang egois	Orang yang bunuh diri biasanya disebabkan karena mereka peduli dan ingin menjaga perasaan keluarga atau teman dekatnya.
Orang yang bunuh diri adalah orang yang ingin mati	Mayoritas orang yang bunuh diri, mengatakan tidak ingin mati. Tetapi, mereka hanya tidak ingin terus hidup dengan penderitaan yang mereka hadapi. Banyak diantara mereka yang merasa senang jika tidak jadi mati.

5. Faktor Pelindung Mencegah Bunuh Diri

Menurut *The Mental Health Recovery Institute* (2017) ada beberapa faktor pelindung yang dapat mencegah bunuh diri. Faktor-faktor tersebut telah terbukti menunjukkan penurunan risiko bunuh diri, faktor-faktor tersebut antara lain (*The Mental Health Recovery Institute, 2017*):

a. Hubungan perasaan yang terjalin antara keluarga, komunitas dan lingkungan sosial

Seseorang akan merasa kurang tertekan akibat hubungan perasaan yang terjalin dengan orang-orang disekitarnya dan mereka mungkin juga merasakan tanggung jawab kepada mereka atau keinginan untuk tidak mengecewakan mereka atau menyakiti mereka.

b. Spiritualitas dan merasakan tujuan hidup

Spiritualitas dan tujuan hidup dapat menjadi alasan untuk melanjutkan hidup mereka sepanjang mereka merasakan terhubung dengan spiritualitas dan tujuan hidup.

c. Peduli terhadap anak

Tanggung jawab merawat anak dapat melindungi orang tersebut dari bunuh diri karena mereka tidak ingin meninggalkan anak mereka tanpa seseorang yang akan merawat mereka.

d. Meyakini bahwa bunuh diri adalah tindakan yang salah

Kepercayaan ini bisa menimbulkan kecemasan jika seseorang mulai mempertimbangkan bunuh diri, dan boleh jadi kemungkinannya kecil untuk menindaklanjuti adanya pemikiran bunuh diri.

e. Memiliki orang yang berarti

Memiliki seseorang yang berarti/spesial dapat membantu seseorang agar tidak merasa kesepian dan terisolasi. dan akan mengurangi pikiran untuk bunuh diri. Dengan adanya orang yang berarti maka seseorang yang rentan untuk bunuh diri akan berfikir untuk tidak bunuh diri karena orang tersebut mungkin tidak ingin menyakiti orang-orang yang berarti atau spesial di hidup mereka

f. Ketahanan dan kemampuan menyelesaikan masalah

Kemampuan untuk bangkit kembali dari kesulitan dan untuk mampu menyelesaikan masalah yang ditimbulkan bisa mengurangi risiko bunuh diri, karena orang tersebut dapat menemukan solusi lain.

g. Tidak memiliki akses untuk bunuh diri

Jika orang tersebut tidak dapat mengakses barang-barang yang mereka butuhkan untuk bunuh diri sesuai dengan yang mereka pilih, bunuh diri cenderung tidak terjadi. Misalnya, jika orang berpikir bahwa menggunakan pistol akan menjadi yang terbaik, tapi mereka tidak bisa mengakses pistol maka lebih kecil kemungkinannya untuk bunuh diri.

h. Kesehatan fisik dan mental

Kesehatan fisik dan mental yang baik dapat mengurangi risiko bunuh diri karena orang tersebut cenderung tidak memiliki alasan untuk ingin mengakhiri hidupnya

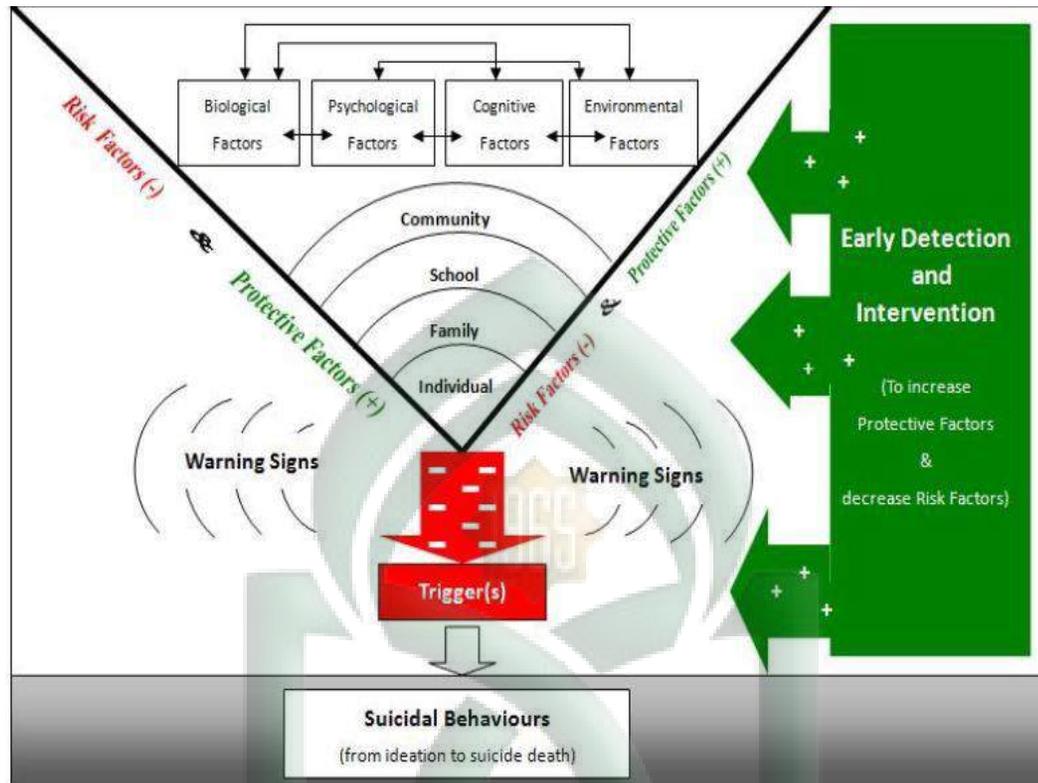
i. Identifikasi dini dan perawatan untuk penyakit kejiwaan

Secara umum, semakin dini penyakit mental diobati, akan semakin baik hasilnya, yang membuat kemungkinan terjadinya bunuh diri lebih kecil.

6. *Framework* untuk Memahami Bunuh Diri

Bunuh diri adalah perilaku yang kompleks tanpa sebab tunggal namun diakibatkan oleh interaksi faktor biologis, psikologis, kognitif dan lingkungan yang amat rumit. Peneliti dan praktisi merujuk pada kondisi yang dapat meningkatkan risiko seseorang untuk mencoba atau menghindari bunuh diri sebagai 'faktor risiko' dan faktor-faktor yang melindungi seseorang, meningkatkan ketahanan dan mengurangi potensi perilaku bunuh diri sebagai 'faktor pelindung'. Dari perspektif perkembangan, kaum muda khususnya, menghadapi tantangan yang berbeda pada usia yang berbeda (*Educational Psychology Service Section, 2017*).

Perilaku bunuh diri, mulai dari ide bunuh diri sampai kematian akibat bunuh diri, sering dipicu oleh kejadian kehidupan yang sangat menegangkan (misalnya kehilangan atau kematian teman, krisis disiplin, hasil / penghinaan yang diantisipasi negatif, dan lain-lain.) dan dapat juga disebabkan keadaan pikiran yang tak tertahankan (misalnya keputusasaan, tidak berdaya, malu, dan lain-lan). Bunuh diri biasanya terjadi dengan tanda peringatan. Untuk pencegahan bunuh diri, kita harus mengarahkan pada deteksi dini dan intervensi sehingga tanda peringatan dapat diidentifikasi secara tepat waktu, faktor risiko pada tingkat individu, keluarga dan lingkungan dikurangi dan faktor perlindungan ditingkatkan secara efektif. Kerangka konseptual dijabarkan di bawah ini (*Educational Psychology Service Section, 2017*).



Gambar 2.1 Framework Suicidal Behaviours

B. Tinjauan Umum Tentang Perkembangan Remaja

1. Defenisi Remaja

Masa remaja didefinisikan sebagai periode antara usia 10 dan 19 tahun, yang merupakan fase transisi dari "anak" menjadi "orang dewasa". Masa remaja adalah peralihan dari masa pubertas menuju masa dewasa. Dalam tahap periode ini, kelompok remaja banyak mengalami perubahan baik secara fisik, psikologis ataupun sosial (Pieter & Lubis, 2012).

2. Tahapan Remaja

Menurut *United Nations* (2011) remaja dapat dibedakan menjadi dua tingkatan, hal ini menjadi fokus pengembangan yang dilakukan oleh WHO dalam menggalakkan programnya terkait dengan remaja, kedua tingkatan tersebut sebagai berikut (Unicef, 2011):

a. Masa remaja awal (10-14 Tahun)

Masa remaja awal secara umum berada pada rentang usia 10 sampai 14 tahun. Pada tahap inilah perubahan fisik umumnya mulai terjadi, biasanya dimulai dengan pertumbuhan dengan cepat dan diikuti oleh perkembangan organ seks dan karakteristik organ seksual sekunder. Perubahan eksternal ini merupakan perubahan yang sering sangat jelas dan dapat menjadi sumber kecemasan juga sebagai kegembiraan atau kebanggaan bagi remaja yang tubuhnya sedang menjalani transformasi. Perubahan internal pada individu, meskipun kurang dapat dijelaskan dengan jelas, namun beberapa ilmu pengetahuan telah melakukan penelitian terkait peristiwa ini. Penelitian ilmu saraf terbaru menunjukkan bahwa pada masa remaja awal otak mengalami ledakan listrik dan spektakuler dalam perkembangan fisiologis. Jumlah sel otak hampir bisa dua kali lipat jumlahnya, sementara jaringan saraf secara radikal ditata ulang, hal ini berdampak pada kemampuan emosional, fisik dan mental.

Perkembangan fisik dan seksual anak perempuan jauh lebih cepat untuk memasuki usia pubertas rata-rata 12-18 bulan lebih awal dari pada anak laki-laki hal ini dicerminkan serupa tren dalam perkembangan otak. Lobus frontal yang merupakan bagian dari otak yang mengatur penalaran dan pengambilan keputusan, mulai berkembang selama masa remaja awal. Perkembangan ini membutuhkan waktu lebih lama pada anak laki-laki, sehingga menyebabkan kecenderungan mereka untuk bertindak secara impulsif dan tidak kritis dalam pemikiran. Fenomena ini berkontribusi secara umum bahwa anak gadis jauh lebih dewasa dari pada anak laki-laki.

Pada masa remaja awal, anak perempuan dan anak laki-laki menjadi lebih sadar tentang jenis kelamin mereka dibandingkan saat usia mereka masih anak-anak. Remaja awal akan cenderung membuat penyesuaian untuk berperilaku dan berpenampilan agar sesuai dengan norma. Mereka juga mungkin menjadi korban, atau berpartisipasi dalam tindakan *bullying*,

banyak dari mereka juga bisa merasa bingung tentang identitas pribadi dan seksual mereka sendiri.

Masa remaja awal harus menjadi masa dimana remaja memiliki keamanan dan kejelasan ruang untuk memahami kognitif, emosional, seksual, dan psikologis mereka selama tahapan transformasi ini. Remaja awal tidak boleh terbebani dengan keterlibatan dalam peran orang dewasa. Dibutuhkan dukungan penuh dari orang dewasa (orang tua, kakak, dll) di rumah, di sekolah dan di masyarakat untuk tetap mengawasi remaja selama tahapan perkembangan ini. Mengingat banyaknya tabu sosial yang sering terjadi di masa pubertas, untuk itu penting untuk memberikan informasi kepada remaja awal tentang semua informasi yang perlu mereka ketahui tentang perlindungan diri terhadap HIV, penyakit infeksi menular seksual lainnya, kehamilan dini, kekerasan seksual dan eksploitasi. Ada banyak remaja awal, yang pengetahuannya tentang hal-hal terlambat diajarkan atau bahkan sama sekali tidak pernah diberikan informasi sebelumnya sehingga hidup mereka sudah terpengaruh dan perkembangan dan kesejahteraan mereka menjadi rusak.

b. Masa remaja akhir (15-19 Tahun)

Remaja akhir meliputi bagian akhir dari tahun-tahun yang dilalui selama tahapan masa remaja, secara umum dikategorikan antara usia 15 hingga 19 tahun. Perubahan fisik utama umumnya terjadi ditahapan ini, disamping itu, tubuh masih tetap akan berkembang. Otak berlanjut untuk mengembangkan dan mereorganisasi diri dan kapasitas untuk kemampuan analitis serta pikiran reflektif sangat ditingkatkan. Opini kelompok sebaya masih cenderung penting pada tahap ini, tetapi kepercayaan mereka berkurang ketika remaja memperoleh lebih banyak kejelasan dan keyakinan pada identitas dan pendapat mereka sendiri. Pengambilan risiko yang umum dari remaja awal hingga menengah, mereka banyak yang bereksperimen dengan 'perilaku dewasa' dan pada tahapan ini, perilaku tersebut akan

menurun selama masa remaja akhir. Misalnya, kemampuan untuk mengevaluasi risiko dan membuat keputusan secara sadar akan lebih berkembang.

Anak perempuan pada usia remaja akhir cenderung memiliki risiko lebih besar dari pada anak laki-laki untuk mendapatkan masalah kesehatan yang bersifat negatif negatif termasuk depresi dan risiko ini sering diperbesar oleh diskriminasi dan pelecehan berbasis *gender*. Anak perempuan sangat rentan terhadap gangguan makan seperti anoreksia dan bulimia; kerentanan ini berasal dari adanya kegelisahan mendalam atas citra tubuh yang didorong oleh budaya dan stereotip media kecantikan feminin. Masa remaja akhir adalah tahapan remaja mulai memanfaatkan kesempatan, lebih idealisme dan peduli terhadap janji. Pada tahun-tahun inilah para remaja membuat jalan mereka sendiri antara dunia kerja atau pendidikan lebih lanjut, mulainya menetap pada identitas mereka sendiri dan pandangan terhadap dunia mulai terlibat aktif dalam membentuk lingkungan di sekitar mereka.

Pendapat lain menyebutkan bahwa tahapan usia remaja terbagi menjadi 3 yaitu, (Rasyid, 2015):

a. Masa pra pubertas (*pueral*)

Masa ini adalah masa peralihan dari masa sekolah menuju masa pubertas, pada tahap ini disebut sebagai tahap seorang anak yang telah besar, (*peur* = anak besar) ini sudah ingin berkelakuan seperti orang dewasa tetapi dirinya belum siap menjadi kelompok dewasa. Pra pubertas merupakan tahap terjadinya kematangan seksual yang sesungguhnya, bersamaan dengan terjadinya perkembangan fisiologi yang berhubungan erat dengan kematangan kelenjar endokrin.

b. Masa pubertas (usia 14-18 tahun)

Pada masa ini seorang remaja tidak lagi hanya bersifat reaktif, tetapi juga anak mulai aktif mencapai kegiatan untuk menemukan jati dirinya, mencari pedoman hidup untuk bekal kehidupannya di masa mendatang. Kegiatan

yang dilakukan remaja pada tahap ini dilakukan dengan penuh semangat berkobar-kobar, namun remaja belum memahami akan hakikat dari sesuatu yang dicarinya itu. Buhler pernah menggambarkan remaja tahap ini dengan ungkapan “saya menginginkan sesuatu tetapi tidak mengetahui akan sesuatu itu”, sehingga masa ini kadang disebut sebagai masa badai atau dorongan.

c. Masa *adolescent* (usia 18-21 tahun)

Pada masa ini seorang remaja sudah dapat mengetahui kondisi dirinya, remaja sudah mulai membuat rencana kehidupan serta telah memilih dan menentukan jalan hidup (*way life*) yang hendak ditemuinya. Masa ini sebenarnya sudah tidak lagi banyak keistimewaan yang menonjol, kejiwaannya sudah mulai tenang, sebagai persiapan kehidupan di masa dewasa.

3. Ciri-Ciri Masa Remaja

Secara umum, ciri-ciri kelompok usia remaja sebagai berikut (Pieter & Lubis, 2012):

a. Masa peralihan

Peralihan artinya terputus atau berubah dari apa yang pernah terjadi sebelumnya. Peralihan merupakan proses perkembangan dari satu tahap ke tahap berikutnya.

b. Masa mencari identitas diri

Remaja cenderung selalu mencari identitas dirinya untuk mengetahui dirinya yang sebenarnya dan menjelaskan perannya. Tugas penting yang dihadapi remaja adalah *sense of individual identity*, yaitu mencari jawaban dari pertanyaan terkait dirinya, mencakup keputusan dan standar-standar tindakan.

c. Usia bermasalah

Masa remaja merupakan masa dengan banyak masalah sebab tindakan remaja selalu mengarah kepada hal berikut:

- 1) Keinginan untuk menyendiri (*desire of isolation*)
 - 2) Berkurangnya keinginan untuk bekerja (*disinclination to work*)
 - 3) Kurangnya koordinasi fungsi-fungsi tubuh (*incoordination*)
 - 4) Kejemuhan (*boredom*)
 - 5) Kegelisahan (*restlessness*)
 - 6) Penantangan sosial (*social antagonism*)
 - 7) Penantangan terhadap kekuasaan (*resistance to authority*)
 - 8) Kepekaan terhadap perasaan (*heightened emotionality*)
 - 9) Kurang percaya diri (*lack of self-confidence*)
 - 10) Timbulnya minat seks (*preoccupation with sex*)
 - 11) Kepekaan terhadap susila (*excessive modesty*)
 - 12) Kekuasaan berkhayal (*day dreaming*)
- d. Usia menakutkan
- Disebut sebagai usia yang menakutkan karena adanya stereotip yang berdampak buruk dalam perkembangan remaja, seperti kurang tanggungjawab, kurang simpatik dan tidak mampu kerjasama dengan orang tua atau orang yang dewasa, tidak rapi, tidak dapat dipercayai bahkan berperilaku merusak.
- e. Masa tidak realistik
- Remaja selalu melihat kehidupan menurut pandangan dan penilaian pribadinya, tidak dilihat menurut fakta, terutama pemilihan cita-cita.
- f. Ambang batas dengan masa dewasa
- Ketika remaja semakin mendekati usia kematangan, mereka akan cenderung gelisah untuk meninggalkan stereotip yang dibawa dari tahun-tahun sebelumnya.
- g. Masa meningginya emosi
- Meningkatnya intensitas emosi sangat tergantung kepada dampak perubahan fisik dan kehidupan psikologis remaja.

h. Perubahan sikap dan perilaku

Remaja mulai mengalami perubahan sikap dan perilaku yang disebabkan oleh perubahan nilai-nilai.

i. Masa ambivalen

Dikatakan ambivalen karena di satu sisi remaja menginginkan kebebasan, tetapi disisi lain mereka masih takut bertanggungjawab dan ragu atas kemampuannya.

4. Tugas Perkembangan Remaja

Masa remaja sangat sering dikaitkan dengan mitos dan stereotip tentang penyimpangan dan ketidakwajaran. Hal tersebut dapat dilihat dari banyaknya teori-teori perkembangan yang membahas ketidakselarasan, gangguan emosi dan gangguan perilaku sebagai akibat dari tekanan-tekanan yang dialami remaja karena perubahan-perubahan yang terjadi pada dirinya maupun akibat pengaruh lingkungan.

Selaras dengan perubahan yang terjadi pada diri remaja, mereka juga cenderung dihadapkan pada tugas-tugas yang berbeda dari tugas pada masa kanak-kanak. Sebagaimana diketahui, dalam setiap fase perkembangan, termasuk pada masa remaja, individu memiliki tugas-tugas perkembangan yang harus dipenuhi. Apabila tugas-tugas tersebut berhasil diselesaikan dengan baik, maka akan tercapai kepuasan, kebahagiaan dan penerimaan dari lingkungan. Keberhasilan individu memenuhi tugas-tugas itu juga akan menentukan keberhasilan individu memenuhi tugas-tugas perkembangan pada fase berikutnya (Retnowati, 2011). Pada usia remaja, tugas-tugas perkembangan yang harus dipenuhi adalah sebagai berikut (Agustriyana, 2017) :

- a. Menerima keadaan fisiknya;
- b. Menggunakan tubuhnya secara efektif;
- c. Mencapai kemandirian emosional dari orang tua dan orang-orang dewasa lainnya;

- d. Mengembangkan konsep keterampilan intelektual yang sangat diperlukan untuk melakukan peran sebagai anggota masyarakat;
- e. Menerima dirinya sendiri dan memiliki kepercayaan terhadap kemampuannya sendiri;
- f. Memperkuat *self-control* (kemampuan mengendalikan diri) atas dasar skala nilai, psinsip-psinsip, atau falsafah hidup
- g. Meninggalkan reaksi penyesuaian diri (sikap/perilaku) kekanak-kanakan

5. Hambatan Tugas Perkembangan Remaja

Tidak semua remaja dapat memenuhi tugas-tugas perkembangannya dengan baik. Menurut Hurlock (1973) ada beberapa masalah yang dialami remaja dalam memenuhi tugas-tugas tersebut, yaitu (Retnowati, 2011):

- a. Masalah pribadi, yaitu masalah-masalah yang berhubungan dengan situasi dan kondisi di rumah, sekolah, kondisi fisik, penampilan, emosi, penyesuaian sosial, tugas dan nilai-nilai.
- b. Masalah khas remaja, yaitu masalah yang timbul akibat status yang tidak jelas pada remaja, seperti masalah pencapaian kemandirian, kesalahpahaman atau penilaian berdasarkan stereotip yang keliru, adanya hak-hak yang lebih besar dan lebih sedikit kewajiban dibebankan oleh orangtua.

6. Perkembangan Psikososial Remaja

Erik Ericson membagi perkembangan psikososial (kepribadian individu) menjadi 8 (delapan) tahap yang secara garis besar tahap 1 dan 5 telah dilalui dan sedang dialami remaja sedangkan 3 tahap terakhir akan dialami ketika dewasa. Tahapan perkembangan psikososial yang dialami remaja yaitu (Sunaryo, 2004):

- a. Kepercayaan (*trust*) vs 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. Timbulnya rasa aman pada diri anak yang terjadi akibat

interaksi erat antara anak dan ibu. Dari rasa aman tumbuh kepercayaan dasar terhadap dunia luar. Apabila tidak memperoleh kepercayaan terhadap dunia luar anak akan mengalami kepribadian *schizoid*, yaitu hanya melihat dirinya sendiri (*introvert*) dan akan terjadi depresi apabila mendapatkan stress.

b. Otonomi (*autonomy*) vs 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. Dalam tahap ini, anak sangat membutuhkan bimbingan, anak secara bertahap berusaha untuk belajar mengendalikan diri sendiri. Apabila berhasil tanpa kehilangan harga diri akan timbul rasa kebanggaan dan percaya diri. Jika anak tidak diberikan kesempatan dan terlalu banyak dikendalikan dari luar akan timbul bibit rasa malu dan ragu yang berlebihan. Gangguan kepribadian akibat ketidakberhasilan pada fase ini adalah anak memiliki obsesif-kompulsif dan bila parah akan menimbulkan kepribadian paranoid.

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

Tahapan ini berlangsung pada anak usia prasekolah dan awal usia sekolah. Pada tahap ini, perkembangan fisik dan psikologis anak seimbang, sudah tertanam norma masyarakat yang diajarkan oleh orang tua maupun lingkungannya. Dapat timbul kebencian terhadap orang tua karena orang tua melakukan hal-hal yang semula dilarang dilakukan oleh anak. Sisa konflik yang dijumpai pada fase ini adalah reaksi histeris dan psikosomatik.

d. Berkarya/Rajin (*industry*) vs rasa 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. Timbul perasaan rendah diri apabila dirinya kurang mampu dibandingkan teman-temannya.

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

Remaja belajar mengungkapkan aktualisasinya untuk menjawab pertanyaan, Siapa saya? Mereka melakukan perilaku yang baik sesuai dengan sistem nilai dan norma yang ada. Namun, kebanyakan dari mereka 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 mulai berharap mengembangkan cita-cita yang diinginkan. Sering terjadi konflik pada saat mencari identitas diri sehingga apa yang dialami remaja pada fase anak akan muncul kembali. Dalam mencari identitas diri, anak sering mencoba berbagai macam peran untuk mencari peran yang cocok dengan dirinya. Sikap coba-coba ini tidak jarang menimbulkan remaja ke hal-hal yang negatif. Kebingungan peran diri dapat menimbulkan kelainan perilaku, yaitu kenakalan remaja dan bisa juga psikotik.

Tahap kelima merupakan tahap yang penting dalam teori Erikson. Pada fase ini terjadi peralihan dari fase kanak-kanak ke fase dewasa, dan apa yang terjadi pada fase remaja sangat menentukan terbentuknya kepribadian pada fase dewasa.

7. Bahaya Fisik di Usia Remaja

Bahaya fisik pada remaja muncul akibat reaksi bahaya psikologis. Bahaya fisik yang sering terjadi pada remaja sebagai berikut (Pieter & Lubis, 2012):

a. Kematian

Faktor penyebabnya yaitu kecelakaan lalu lintas, perkelahian, penggunaan narkoba dan dampak perilaku seks bebas misalnya HIV/AIDS.

b. Bunuh diri

Percobaan bunuh diri pada remaja semakin meningkat. Hasil penelitian menyebutkan bunuh diri memperlihatkan adanya usia median 16 tahun dan lebih banyak terjadi di remaja pria. Faktor penyebab bunuh diri remaja yaitu,

aliensi sosial beberapa waktu lamanya, kekacauan keluarga, pertengkaran orang tua, masalah pribadi, putus cinta, penyakit kronis, depresi serta frustrasi/ stres.

c. Cacat fisik

Cacat fisik ringan atau yang masih dapat diperbaiki tidak akan menghambat remaja untuk melakukan hal seperti teman-temannya. Namun, hal tersebut lebih mengarah ke gangguan psikologis remaja.

d. Kecanggungan dan kekakuan

Jika perkembangan motorik terganggu akan mengakibatkan remaja merasa canggung dalam aktivitas kelompoknya.

C. *Tinjauan Umum Tentang Aplikasi Smartphone Pencegahan Bunuh Diri*

Teknologi informasi dan komunikasi (TIK) dapat memberikan inovasi untuk mendukung kinerja dari profesional kesehatan untuk mengatasi masalah bunuh diri. Aplikasi seluler juga dapat memberikan sumber daya berharga bagi komunitas dan individu dengan mengatasi masalah sosial. Ponsel kesehatan (mHealth) adalah bagian dari alat elektronik kesehatan dan mengacu pada komputer, telepon pintar, aplikasi kesehatan seluler dan layanan pemantauan pasien dan aplikasi yang digunakan untuk tujuan meningkatkan akses untuk mendapatkan informasi kesehatan secara positif. Ada banyak masalah kesehatan, terutama yang berkaitan dengan penanganan kesehatan mental, pemantauan pasien jarak jauh adalah awal yang baik dan aplikasi seluler di telepon pintar sebagai sarana yang tersedia yang dapat menghemat biaya dan menguntungkan penduduk yang sulit dijangkau (Torre, Castillo, & Franco, 2017)

Bantuan segera sangat dibutuhkan bagi mereka yang mungkin mengalami keinginan bunuh diri dan mengalami hambatan untuk mencari bantuan, seperti tidak mendapatkan akses akan bantuan profesional, kurangnya waktu, preferensi untuk bantuan informal, akses dan biaya layanan yang tinggi dan takut stigma. Meningkatnya pemanfaatan telepon pintar yang dapat menaungi aplikasi kesehatan memiliki potensi untuk meningkatkan akses dan ketersediaan dukungan

orang-orang yang rentan bunuh diri, dengan syarat aplikasi berbiaya rendah, nyaman dan mudah digunakan. Aplikasi pencegahan bunuh diri juga sangat cocok untuk melakukan intervensi pencegahan bunuh diri dengan kemampuannya untuk memberikan dukungan dan intervensi di saat krisis. Ide bunuh diri dan risiko bunuh diri dapat diselamatkan atau dicegah jika akses aplikasi baik dan efektif (Larsen, Nicholas, & Christensen, 2016)

Aplikasi pencegahan bunuh diri berbasis telepon pintar memiliki potensi untuk membantu mengelola dan mencegah perilaku bunuh diri dengan membantu memberikan penilaian risiko bunuh diri, memberikan informasi pendidikan dan dukungan dan memfasilitasi akses rencana keselamatan, dukungan krisis dan alat-alat penanggulangan bunuh diri (Luxton, June, & Chalker, 2015). Sebanyak 124 aplikasi yang terkait dengan bunuh diri ditemukan di toko virtual yang dikutip tetapi hanya 20 aplikasi yang secara khusus dirancang untuk pencegahan bunuh diri. Semua aplikasi gratis dan sebagian besar dirancang untuk Android (Torre et al., 2017).

Berikut 8 deskripsi aplikasi pencegahan bunuh diri (Corpuz, 2014):

1. Jason Foundation: *A Friend Asks* (Android, iOS)

A Friend Asks (Android, iOS) adalah aplikasi gratis yang diluncurkan oleh tim pencegahan bunuh diri Jason Foundation. Ini bertujuan untuk mengajarkan penggunanya bagaimana mengenali tanda-tanda bahwa seseorang yang dekat dengannya mungkin berpikir tentang bunuh diri dan bagaimana menjangkau mereka secara proaktif. Aplikasi ini memberi pengguna daftar tanda peringatan umum ide bunuh diri, yang boleh dan tidak boleh dilakukan untuk situasi yang sensitif dan akses mudah ke sumber daya seperti *National Suicide Prevention Lifeline*.

2. MY3 (Android, iOS)

While "*A Friend Asks*" berfokus pada melatih pengguna untuk mengenali tanda-tanda ide bunuh diri pada orang lain, MY3 (Android, iOS) ditargetkan tepat pada mereka yang depresi atau memiliki risiko bunuh diri. MY3 bertujuan untuk

membuat anda tetap terhubung ke jaringan orang yang dekat dengan anda, aplikasi akan meminta anda untuk memilih tiga kontak dekat, seperti teman, keluarga, orang yang dicintai atau terapis anda, yang membuat Anda merasa nyaman menjangkau kapan pun anda merasa sedih. Selain itu, MY3 membantu anda membuat rencana keselamatan anda sendiri, meminta anda untuk memikirkan dan mencantumkan tanda peringatan, mengatasi strategi dan mendukung jaringan, sehingga anda dapat bertindak dengan mudah ketika anda mengenali tanda-tanda peringatan yang ada. Selain itu, aplikasi ini mencakup kekayaan sumber daya pencegahan bunuh diri dan informasi kontak untuk *National Suicide Prevention Lifeline*.

3. ASK & Prevent Suicide (Android, iOS)

Sebuah proyek oleh *Mental Health America of Texas*, ASK & *Prevent Suicide* (Android, iOS) mencantumkan tanda-tanda peringatan bahwa seseorang mungkin berpikir untuk bunuh diri, serta saran praktis tentang cara melakukan intervensi menggunakan ASK (Tanya, Cari bantuan/ Tetap) aman, dan tahu metodologi bagaimana dan di mana merujuk). Selain itu, aplikasi ini juga menyertakan tautan yang berguna untuk info lebih lanjut, fungsi panggil cepat untuk *National Suicide Prevention Lifeline*, berbagai *hotline* dan bagian Texas yang berbasis untuk sumber daya Veteran dan LGBTQ.

4. Suicide Crisis Support(Android)

Suicide Crisis Support adalah aplikasi Android oleh *QPR Institute* yang berfungsi sebagai versi elektronik dari bukunya “*The Tender Leaves of Hope, Membantu Seseorang Bertahan Hidup dari Krisis Bunuh Diri.*” Ditujukan untuk kerabat dan teman-teman dari mereka yang dinilai berisiko terhadap perilaku bunuh diri , *eBook* ini dirancang untuk membantu memahami kerangka pikiran orang yang ingin bunuh diri, apa yang mungkin mendorong mereka untuk bunuh diri dan bagaimana membantunya. Selain itu, aplikasi dilengkapi dengan panggilan ke *National Suicide Prevention Lifeline* dan tautan ke *QPR Institute*, yang menawarkan pelatihan pencegahan bunuh diri.

5. *Ulster County SPEAK (Android, iOS)*

Ulster County SPEAK (Suicide Prevention, Education, & Awareness Kit) adalah aplikasi Android dan iOS yang menyediakan informasi dan sumber daya pencegahan bunuh diri. Aplikasi ini memberikan informasi tentang tanda-tanda peringatan bunuh diri dan panduan tentang apa yang harus dikatakan dan dihindari ketika mencoba mendekati orang yang ingin bunuh diri, dengan bagian yang terfokus untuk veteran, dewasa dan remaja. Ini juga dilengkapi dengan berbagai hotline dan tautan ke sumber daya pencegahan bunuh diri.

6. *HELP Prevent Suicide (Android, iOS)*

HELP Prevent Suicide (Android, iOS) membuat pendekatannya singkat dan sederhana, dengan layar utama yang menempatkan garis depan dan tengah pusat pencegahan bunuh diri nasional, sementara itu aplikasi ini juga memberikan tanda peringatan singkat tentang ide bunuh diri dan pedoman untuk bagaimana membantu dan meminta teman yang kemungkinan ingin bunuh diri. Sumber daya tambahan termasuk halaman nomor penolong, sumber daya online dan alamat dan nomor kontak untuk pusat krisis berbasis di Oklahoma.

7. *Stay Alive (Android, iOS)*

Stay Alive adalah aplikasi Android dan iOS oleh *charity Grassroots Suicide Prevention* di Inggris dan ditujukan untuk orang-orang yang mungkin berpikir untuk bunuh diri, serta teman dan keluarga yang mungkin ingin membantu. Aplikasi ini dilengkapi dengan sumber daya, termasuk "Rencana Keselamatan Saya" yang dapat disesuaikan dari tindakan, tempat, dan orang-orang yang dapat membantu menenangkan anda ketika anda merasa ingin bunuh diri, Lifebox yang dapat anda isi dengan foto inspiratif pribadi dan. Teman-teman yang merasa prihatin dapat membaca tentang tanda-tanda peringatan perilaku bunuh diri, langkah-langkah praktis untuk membantu, mitos tentang bunuh diri dan apa yang tidak boleh dikatakan ketika mencoba untuk menenangkan atau mendekati orang yang ingin bunuh diri. Satu-satunya kekurangan adalah hotline dan tautannya sebagian besar berbasis di Inggris, tetapi konten aplikasi cukup padat.

8. *Operation Reach Out (iOS)*

Operation Reach Out adalah aplikasi pencegahan bunuh diri iOS yang ditujukan bagi para veteran dan keluarga militer. Aplikasi ini dimaksudkan untuk memberikan dukungan bagi orang-orang yang memiliki pikiran ingin bunuh diri serta teman-teman, keluarga atau anggota layanan yang prihatin bahwa seseorang yang mereka kenal mungkin mempertimbangkan untuk bunuh diri. Aplikasi ini dilengkapi dengan banyak sketsa video yang menawarkan konseling bunuh diri, *dos* dan *dont's* ketika menjangkau seorang yang dicintai yang ingin bunuh diri dan pusat bantuan dengan hotline bunuh diri dan sumber daya lainnya.

D. *Tinjauan Umum Tentang Depresi*

1. **Defenisi**

Gangguan depresi adalah gangguan mental yang paling umum dan merupakan salah satu jenis gangguan *mood* yang ditandai dengan kesedihan, kehilangan minat atau kesenangan, perasaan bersalah atau rendah diri, gangguan tidur, gangguan nafsu makan, perasaan capek dan konsentrasi yang buruk. Depresi bisa lama-abadi atau berulang, secara substansial mengganggu kemampuan seseorang untuk beraktivitas seperti biasanya di tempat kerja atau sekolah atau mengatasi masalah kehidupan sehari-hari. Dampak paling parah, depresi bisa menyebabkan bunuh diri. Pada tingkat global, lebih dari 300 juta orang diperkirakan menderita depresi, setara dengan 4,4% populasi dunia (WHO, 2017).

2. **Etiologi**

Ada banyak faktor yang dapat menyebabkan depresi, termasuk genetika, biologis otak dan kimia otak, kejadian hidup seperti trauma, kehilangan orang yang dicintai, hubungan yang sulit, pengalaman masa kanak-kanak dan situasi stress. Depresi bisa terjadi berbagai jenjang usia, tapi sering dimulai di usia remaja atau usia awal 20an atau 30an. Suasana hati yang paling kronis dan gangguan kecemasan saat dewasa di mulai sejak masa kanak-kanak, mereka memiliki tingkat kecemasan yang tinggi. Faktanya, tingkat kecemasan tinggi saat

kecil dapat menyebabkan risiko depresi yang lebih tinggi saat dewasa. Depresi dapat terjadi bersamaan dengan penyakit medis serius lainnya seperti diabetes, kanker, penyakit jantung, dan penyakit Parkinson (*National Institute of Mental Health*, 2015).

3. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala depresi yang dapat dijumpai pada seseorang dengan gangguan *mood*, sebagai berikut (Tomb, 2003):

- a. Gambaran emosi
 - 1) *Mood* depresi, sedih atau murung
 - 2) Iritabilitas, ansietas
 - 3) *Anhedonia*, kehilangan minat
 - 4) Kehilangan semangat
 - 5) Ikatan emosi berkurang
 - 6) Menarik diri dari hubungan interpersonal
 - 7) Preokupasi dengan kematian
- b. Gambaran kognitif
 - 1) Mengkritik diri sendiri, perasaan tidak berharga, rasa bersalah
 - 2) Pesimis, tidak ada harapan, putus asa
 - 3) Perhatiannya mudah teralih, konsentrasi buruk
 - 4) Tidak pasti dan ragu-ragu
 - 5) Berbagai obsesi
 - 6) Keluhan somatik (terutama pada orang tua)
 - 7) Gangguan memori
 - 8) Waham dan halusinasi
- c. Gambaran vegetative
 - 1) Lesu, tidak ada tenaga
 - 2) Insomnia atau hipersomnia
 - 3) Anoreksia atau hipereksia
 - 4) Penurunan berat badan atau penambahan berat badan

- 5) Retardasi psikomotor
 - 6) Agitasi psikomotor
 - 7) Libido terganggu
 - 8) Variasi diurnal yang sering
- d. Tanda-tanda depresi
- 1) Berhenti dan lambat bergerak
 - 2) Wajah sedih dan selalu berlinang air mata
 - 3) Kulit dan mulut kering
 - 4) Konstipasi

4. Depresi di Berbagai Kelompok Usia

Depresi dapat mempengaruhi orang yang berbeda dengan cara yang berbeda, sebagaimana fakta di bawah ini (*National Institute of Mental Health, 2016*):

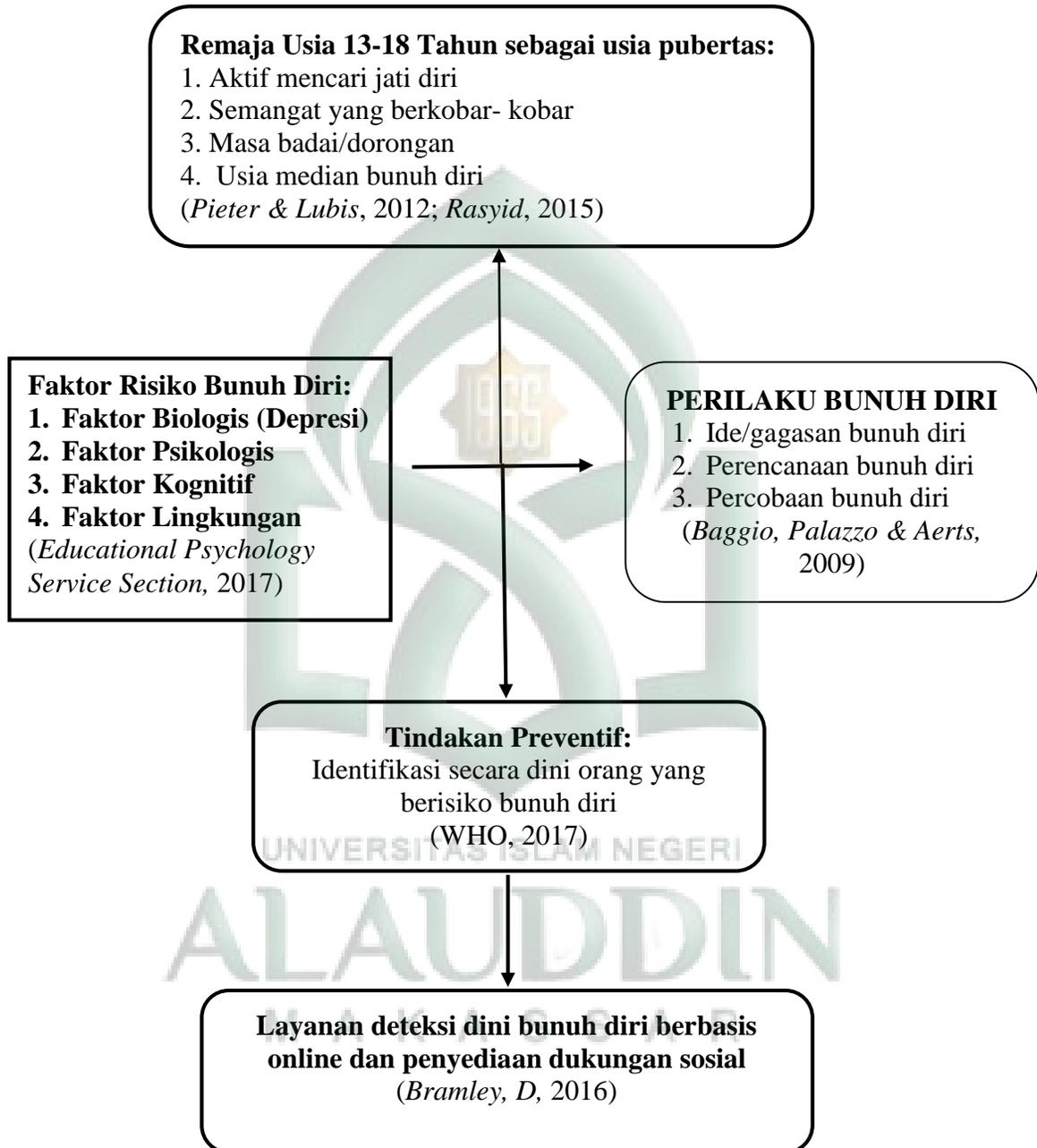
- a. Wanita mengalami depresi lebih sering daripada pria. Biologis, siklus hidup, dan faktor hormonal yang unik bagi wanita mungkin terkait dengan tingkat depresi wanita yang lebih tinggi. Wanita dengan depresi biasanya memiliki gejala kesedihan, tidak berharga, dan rasa bersalah.
- b. Pria dengan depresi lebih cenderung sangat lelah, mudah tersinggung, dan terkadang marah. Mereka mungkin kehilangan minat dalam pekerjaan atau aktivitas mereka. Pernah menikmati sesuatu, memiliki masalah tidur, dan berperilaku ceroboh, termasuk penyalahgunaan narkoba atau alkohol. Banyak pria tidak mengenalinya depresi dan gagal mencari pertolongan.
- c. Orang dewasa yang lebih tua dengan depresi mungkin memiliki gejala yang kurang jelas, atau mereka cenderung tidak merasakan perasaan sedih. Mereka juga lebih cenderung memiliki kondisi medis, seperti penyakit jantung, yang dapat menyebabkan atau menyebabkan depresi.
- d. Anak-anak yang lebih muda dengan depresi mungkin pura-pura sakit, menolak pergi ke sekolah, berpegang teguh pada orang tua, atau khawatir orang tua mungkin meninggal.

- e. Anak-anak yang lebih tua dan remaja dengan depresi mungkin mendapat masalah sekolah, merajuk, dan mudah tersinggung. Remaja dengan depresi mungkin memiliki gejala gangguan lainnya, seperti kegelisahan, gangguan makan, atau penyalahgunaan zat.

5. Cara Mengatasi Depresi

Ada beragam tindakan yang dapat dilakukan pada remaja yang mengalami depresi dan memiliki risiko untuk bunuh diri, diantaranya: melakukan terapi bicara dengan psikoterapi, pemberian obat-obatan antidepresan, terapi keluarga, terapi kemampuan sosial remaja. Beragam kegiatan lain yang dapat membantu mengelola depresi pada remaja yaitu aktif latihan/olahraga, diet tinggi makanan yang kaya akan omega 3 dan Vitamin D (800 IU/hari), lakukan aktivitas sosial, tidur yang cukup dan kebersihan yang terjaga, pendidikan mental di sekolah didampingi oleh *schooling assistance* seperti staf bimbingan & konseling. Adapun hal-hal yang harus dihindari oleh remaja yaitu obat-obatan, alkohol dan tembakau, karena bahan-bahan ini sangat berdampak pada neurotransmitter yang ada di otak. Selain itu, hindari untuk mengisolasi diri dari keluarga dan teman terdekat (Kutcher, 2009).

G. Kerangka Teori

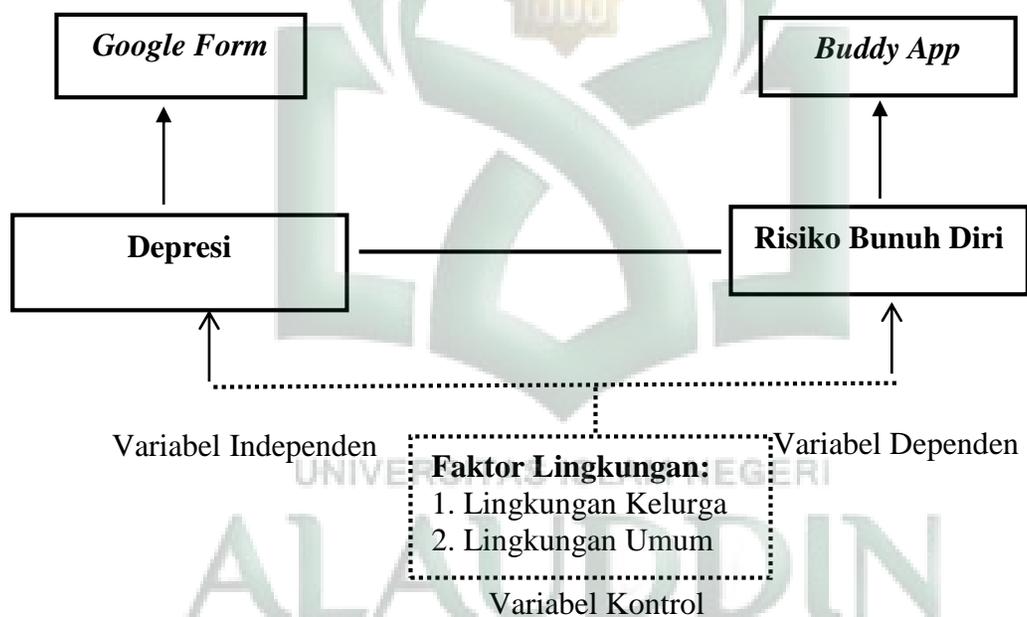


Bagan 2.1 Kerangka Teori

(Sumber: Pieter & Lubis, 2012; Rasyid, 2005; Educational Psychology Service Section, 2017; Baggio, Palazzo & Aerts, 2009; WHO, 2017; Bramley D, 2016)

H. Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan bentuk konseptual yang menggambarkan bentuk interaksi dari beberapa variabel yang teliti sehingga akan memberikan hubungan sebab akibat secara terpisah atau bermakna (Grove, Burns, & Gray, 2013). Pada penelitian ini, kerangka konsep terdiri dari kejadian depresi sebagai variabel independen dan tingkat risiko bunuh diri sebagai variabel dependen. Selain itu, dalam penelitian ini terdapat variabel kontrol yaitu faktor lingkungan responden. Pada penelitian ini melihat kejadian depresi tingkat risiko bunuh diri pada remaja. Bagan kerangka konsep dapat dilihat sebagai berikut:



Bagan 2.2 Kerangka Konsep

BAB III METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian *non-eksperimental* dengan pendekatan kuantitatif dengan metode penelitian deskriptif analitik. Penelitian deskriptif analitik yaitu suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama membuat gambaran tentang suatu keadaan secara objektif. Metode penelitian deskriptif analitik digunakan untuk memecahkan atau menjawab permasalahan yang sedang dihadapi pada situasi saat ini. Penelitian ini dilakukan dengan menempuh langkah-langkah pengumpulan data, klasifikasi, pengolahan, membuat kesimpulan dan laporan (Setiadi, 2007).

1. Lokasi dan Waktu Penelitian

- a. Lokasi: Sekolah Menengah Pertama Negeri (SMPN) dan Sekolah Menengah Atas Negeri (SMAN) di Kecamatan Tamalate
- b. Waktu: Penelitian dilaksanakan pada bulan 16 Juli s/d 3 Agustus 2018

2. Populasi dan Sampel

- a. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas: objek/subjek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Hidayat, 2008). Populasi dalam penelitian ini yaitu remaja yang sedang menempuh bangku sekolah di SMPN dan SMAN di Kecamatan Tamalate. Jumlah total populasi dalam penelitian ini sebanyak 7.557 siswa, dengan jumlah siswa SMPN 5.013 orang dan siswa SMAN 2.544 orang.

- b. Sampel

Sampel merupakan bagian populasi yang akan diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Hidayat, 2008).

Penentuan besar sampel diambil berdasarkan penentuan ukuran sampel studi kesehatan melalui software yang diterbitkan oleh John Wiley & Sons (2000) di bawah naungan WHO. Rumus yang digunakan adalah rumus penentuan *sample survey* dengan *simple random sampling*:

$$n = \frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 P(1-P)N}{d^2(N-1) + z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 P(1-P)}$$

Jumlah populasi penelitian (N) yaitu 7.557, dapat ditarik sampel sebanyak 285 orang yang akan diambil dari remaja yang sedang menempuh bangku sekolah di tingkat Sekolah Menengah Pertama Negeri (SMPN) dan Sekolah Menengah Atas Negeri (SMAN) di Kecamatan Tamalate.

Adapun sampel yang diambil harus memiliki kriteria sebagai berikut:

1) Kriteria inklusi

adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti (Nursalam, 2008).

- a) Bersedia berpartisipasi dalam penelitian
- b) Remaja berusia 13-18 tahun
- c) Remaja yang sedang menempuh pendidikan di bangku Sekolah Menengah Pertama Negeri (SMPN) dan Sekolah Menengah Atas Negeri (SMAN)

2) Kriteria eksklusi

adalah menghilangkan atau mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi karena berbagai sebab (Nursalam, 2008).

- a) Remaja yang mengalami gangguan penglihatan
- b) Remaja yang memiliki gangguan kognitif

Jumlah sekolah yang ada di Kecamatan Tamalate sebanyak 8 sekolah meliputi, SMPN 15 Makassar, SMPN 18 Makassar, SMPN 24 Makassar, SMPN 26 Makassar, SMPN 27 Makassar, SMAN 11 Makassar, SMAN 20

Makassar, SMAN 8 Makassar. Teknik sampling yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah *probability sampling* dalam bentuk *simple random sampling* untuk menentukan sekolah yang akan menjadi target penelitian dengan menentukan sampel melalui *lotere*. Adapun sekolah yang menjadi target penelitian yaitu, SMPN 15 Makassar, SMPN 24 Makassar dan SMAN 11 Makassar.

Teknik *proporsional simple random sampling* digunakan untuk menentukan jumlah responden pada setiap sekolah.

Jumlah Responden Tingkat SMPN= $5.013/7.557 \times 285 = 189.05 = 189$

Jumlah Responden Tingkat SMAN= $2.544/7.557 \times 285 = 95.94 = 96$

Setelah mengetahui jumlah proporsi sampel yang dibutuhkan di setiap jenjang pendidikan, selanjutnya penentuan untuk proporsi jumlah sampel di setiap sekolah yang menjadi lokasi penelitian. Target lokasi penelitian yaitu SMPN 15 Makassar, SMPN 24 Makassar dan SMAN 11 Makassar berdasarkan hitungan sampel proporsi didapatkan masing-masing jumlah sampel yaitu 88, 101 dan 96 sampel dengan jumlah total sampel sebanyak 285 orang. Analisis proporsi jumlah sampel untuk setiap sekolah secara rinci dijabarkan di tabel 3.1:

Tabel 3.1 Proporsi Jumlah Sampel Penelitian

NO	Nama Sekolah	Jumlah Siswa	Hitungan Sampel	Jumlah Sampel
1	SMPN 15 Makassar	915	$915/ 1.965 \times 189$	88
2	SMPN 24 Makassar	1.050	$1.050/ 1.965 \times 189$	101
3	SMAN 11 Makassar	1.087		96
Total Sampel Penelitian				285

Sumber: Kemendikbud, 2018

Setiap sekolah memiliki tingkatan kelas yang berbeda-beda. Agar menghasilkan sebaran sampel yang proporsional, selanjutnya diperlukan perhitungan jumlah sampel di setiap kelas. Pada jenjang pendidikan SMPN

untuk kelas I tidak menjadi target pengambilan sampel karena usia sampel yang belum memenuhi kriteria penelitian, oleh karena itu sampel hanya diperoleh dari kelas II dan III. Adapun, jenjang SMAN sampel diambil dari masing-masing tingkatan kelas. Analisis proporsi jumlah sampel untuk setiap tingkatan kelas di setiap sekolah secara rinci dijabarkan di tabel 3.2:

Tabel 3.2 Proporsi Jumlah Sampel Penelitian Setiap Tingkatan Kelas

NO	Nama Sekolah	Jumlah Siswa	Hitungan Sampel Setiap Kelas			Jumlah Total Sampel
			I	II	III	
1	SMPN 15 Makassar	915	-	$322/597 \times 88 = 47,46$ atau 47 siswa	$275/597 \times 88 = 40,53$ atau 41 siswa	88
2	SMPN 24 Makassar	1.050	-	$350/693 \times 101 = 51,01$ atau 51 siswa	$343/693 \times 101 = 49,98$ atau 50 siswa	101
3	SMAN 11 Makassar	1.087	$295/1087 \times 96 = 26,05$ atau 26 siswa	$384/1087 \times 96 = 33,91$ atau 34 siswa	$408/1087 \times 96 = 36,03$ atau 36 siswa	96
Total Sampel Penelitian						285

Sumber: Kemendikbud, 2018

B. Cara Pengumpulan Data

1. Data Primer

Data yang diperoleh yaitu dengan mengunjungi lokasi penelitian dan bertemu langsung dengan responden untuk meminta kesediannya menjawab kuesioner secara *online*. Hasil pengisian kuesioner melalui *google form* diberikan kepada responden dengan membagikan *link*. Kuesioner melalui *google form* terdiri dari penjelasan tentang penelitian dan data diri peneliti, halaman persetujuan kesiapan menjadi responden, petunjuk pengisian kuesioner, halaman data demografi dan pertanyaan terkait depresi pada remaja. Selain menggunakan *google form*, peneliti juga menggunakan *buddy apps* untuk mendeteksi risiko bunuh diri pada remaja. *Buddy apps* selanjutnya diunduh ataupun dibagikan ke responden untuk dapat di *install* di *smartphone* masing-masing responden.

2. Data Sekunder

Data yang diperoleh dari data siswa didik di SMPN dan SMAN yang menjadi tempat penelitian

C. Instrument Penelitian

1. Instrumen Risiko Bunuh Diri

Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan menggunakan *Buddy App*. *Buddy App* berisi pertanyaan deteksi bunuh diri yang diadopsi dari *Columbia Suicide Severity Rating Scale* (CSSRS) yang merupakan pertanyaan dengan metode *triage* (Posner et al., 2008). CSSRS terdiri dari 6 pertanyaan kunci dengan 2 jenis opsi jawaban (ya/tidak) yang akan mendeteksi risiko bunuh diri remaja berdasarkan warna prioritas pertanyaan. Hasil deteksi risiko bunuh diri sebagai berikut: risiko tinggi, risiko sedang, risiko rendah dan risiko sangat rendah. Instrumen ini sebelumnya sudah pernah di uji validitas dan reliabilitasnya di Indonesia oleh Jeli Pratiwi Mahasiswa S1 Psikologi Universitas Negeri Semarang dengan judul penelitian *Suicide Ideation* pada Remaja di Kota Semarang (Pratiwi & Undarwati, 2014).

2. Instrumen Tingkat Depresi

Penelitian ini dilakukan dengan membagikan kuesioner yang berisi pertanyaan tentang tingkat depresi pada remaja. Kuesioner depresi pada remaja diadopsi dari *Kutcher Adolescent Depression Scale* (KADS) yang dirancang khusus untuk mendiagnosis dan menilai tingkat keparahan depresi pada remaja. KADS terdiri dari 6 pertanyaan penting dengan 4 jenis opsi jawaban yaitu; Tidak pernah dengan skor 0; kadang-kadang dengan skor 1; sering dengan skor 2; Selalu dengan skor 3. Interpretasi skor KADS yaitu, jika skor <6 maka responden dianggap “mungkin tidak mengalami depresi” sedangkan jika skor ≥ 6 maka responden dianggap “Mengalami depresi (membutuhkan penilaian lanjutan)” (LeBlanc, Almudevar, Brooks, & Kutcher, 2002). Instrumen ini sebelumnya belum pernah diadaptasi ke Bahasa Indonesia dan Bahasa Melayu, oleh karena itu instrument KADS akan diadaptasi terlebih dahulu oleh peneliti.

Instrumen KADS merupakan instrument yang belum pernah digunakan di Indonesia. Oleh karena itu peneliti melakukan adaptasi instrumen. Proses adaptasi instrumen sebagai berikut:

a. Memohon izin kepada penyusun instrumen

Sebelum melakukan proses adaptasi, peneliti terlebih dahulu mengirimkan email konfirmasi ke penyusun instrumen terkait permohonan izin untuk menggunakan kuesioner.

b. Proses adaptasi instrumen

Proses adaptasi instrumen terdapat beberapa tahap, yaitu (Sousa & Rojjanasrirat, 2011):

1) Menerjemahkan instrumen asli ke bahasa target (Bahasa Inggris → Bahasa Indonesia)

Tahapan ini, instrumen yang berbahasa Inggris akan diterjemahkan ke bahasa Indonesia. Pada tahap ini dibutuhkan dua orang penerjemah yang masing-masing menerjemahkan instrumen ke bahasa Indonesia. Peneliti dibantu oleh dua orang penerjemah, penerjemah pertama adalah Anita Sukarno, S.Kep., Ns., M.Sc yang merupakan mahasiswa keperawatan program magister di Taipei *Medical University* dan kompeten dalam berbahasa Inggris. Penerjemah kedua adalah Siti Zainab Muchtar, S.Pd, yang merupakan sarjana pendidikan bahasa Inggris dan saat ini melanjutkan magister di jurusan yang sama di Universitas Muhammadiyah Pare-Pare.

2) Membandingkan kedua hasil terjemahan oleh penerjemah ahli (Sintesis I)

Pada tahap ini dibutuhkan seorang penerjemah lain (*expert*) yang akan membandingkan hasil terjemahan instrumen dari kedua penerjemah sebelumnya. Pada tahap ini peneliti dibantu oleh seorang penerjemah yaitu Syisnawati, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.J yang merupakan spesialis dalam bidang keperawatan jiwa dan kompeten dalam berbahasa Inggris. Hasil dari tahap ini didapatkan instrumen yang telah disintesis.

- 3) Menerjemahkan hasil sintesis instrumen ke bahasa asal (Bahasa Inggris)
Pada tahap ini hasil sintesis instrumen dari penerjemah ahli akan diterjemahkan ulang ke bahasa asli instrumen oleh dua penerjemah yang memiliki kemampuan dalam bahasa asing atau bahasa asli instrumen. Penerjemah pertama yang membantu peneliti adalah dr. Mohammad Sutami yang merupakan seorang dokter umum yang juga aktif mengembangkan layanan penerjemahan dokumen ke bahasa asing. Penerjemah kedua adalah Haris Kurniawati, S.S merupakan mahasiswa lulusan jurusan sastra inggris yang memiliki kompetensi dalam bahasa asing.
- 4) Membandingkan kedua hasil terjemahan oleh penerjemah ahli (Sintesis II)
Pada tahap ini dibutuhkan seorang penerjemah lain (*expert*) yang akan membandingkan hasil terjemahan instrumen dari kedua penerjemah sebelumnya. Pada tahap ini peneliti dibantu oleh Framita Rahman, S.Kep., Ns., M.Sc yang merupakan seorang penerjemah yang lulusan magister di *University of Edinburgh* yang kompeten dalam bidang keperawatan dan berbahasa inggris. Hasil dari tahap ini didapatkan instrumen yang telah disintesis yang merupakan instrumen sintesis II.
- 5) *Pilot Testing* dan Uji Validitas Instrumen
Instrumen yang telah di adaptasi di uji cobakan dan diuji validitas pada remaja yang memenuhi kriteria inklusi penelitian. Kuesioner disebarkan melalui *google form* dengan jumlah responden sebanyak 30 orang.

D. Uji Validitas dan Reliabilitas

1. Instrumen CSSRS (*Columbia Suicide Severity Rating Scale*)

a. Uji validitas

Uji validitas instrumen CSSRS sebelumnya telah dilakukan oleh seorang mahasiswa S1 Psikologi Universitas Negeri Semarang. Uji validitas

dilakukan dengan menggunakan rumus *point biserial*. Tabel hasil ringkasan uji validitas instrumen dijabarkan di tabel 3.3:

Tabel 3.3 Hasil Uji Validitas Instrumen CSSRS

Item Pertanyaan	Koefisien Korelasi	Nilai Tabel	Keterangan
Item 1	0.73	0.30	Valid
Item 2	0.86	0.30	Valid
Item 3	0.85	0.30	Valid
Item 4	0.71	0.30	Valid
Item 5	0.63	0.30	Valid

b. Uji reliabilitas

Pada penelitian ini uji reliabilitas dilihat dari nilai *cronbach Alpha*. Nilai koefisien *cronbach alpha* apabila lebih besar dari 0.70 dianggap dapat diterima (*acceptable*) untuk digunakan dalam multi-item skala dalam melakukan perbandingan antara kelompok (Cronbach, 1951).

2. Instrumen KADS (*Kutcher Adolescent Depression Scale*)

a. Uji validitas

Pada penelitian ini, uji validitas dilakukan pada instrument KADS terkait depresi pada remaja. Uji validitas pada penelitian menggunakan uji validitas *person product moment*. Valid tidaknya sebuah instrumen dapat dilihat dari perbandingan dari nilai r hitung dan r tabel. Instrumen dikatakan valid jika r hitung $\geq r$ tabel sebaliknya jika r hitung $\leq r$ tabel maka instrumen tidak valid. Berikut hasil uji validitas instrument KADS:

Tabel 3.4 Hasil Uji Validitas Instrumen KADS

Item Pertanyaan	R Hitung	R Tabel	Keterangan
Item 1	0.773	0.361	Valid
Item 2	0.872	0.361	Valid
Item 3	0.695	0.361	Valid
Item 4	0.709	0.361	Valid
Item 5	0.459	0.361	Valid
Item 6	0.457	0.361	Valid

Keterangan:

N = 30 Responden, nilai distribusi R tabel dengan signifikansi 5% jika N=30 adalah **0,361**

b. Uji reliabilitas

Pada penelitian ini uji reliabel dilakukan pada 30 responden dan didapatkan nilai *crobach alpha* sebesar 0.75 yang artinya dianggap *acceptable* (dapat diterima).

E. Teknik Pengolahan Data

Dalam penelitian ini, data yang sudah terkumpul selanjutnya diolah dan dianalisis dengan teknik statistik. Proses pemasukan data dan pengolahan data menggunakan aplikasi perangkat lunak computer SPSS versi 23. Tahap-tahap pengolahan data sebagai berikut:

1. Editing

Pada tahap ini dilakukan pengecekan identitas pengguna *Buddy App* sudah diisi dengan lengkap, jawaban dari responden jelas, dan antara jawaban dengan pertanyaan relevan. Menyaring sampel yang memenuhi kriteria eksklusi.

2. Coding

Kegiatan merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk bilangan/angka. Kegunaan coding adalah mempermudah pada saat analisis data dan juga pada saat entry data.

3. Processing

Yaitu memindahkan isi data atau memproses isi data dengan memasukkan data atau entry data ke dalam komputer dengan menggunakan aplikasi statistik.

4. Cleaning

Pada tahap ini dilakukan pengecekan kembali data yang sudah di *entry* apakah ada kesalahan atau tidak.

5. Tabulasi Data

Dilakukan untuk memudahkan dalam pengelolaan data ke dalam suatu tabel menurut sifat-sifat yang dimiliki sesuai dengan penelitian dan tabel akan dengan mudah dianalisis.

F. Analisis Data

1. Analisis Univariat

Analisis data yang digunakan pada penelitian ini adalah analisis univariat yang digunakan untuk menjelaskan karakteristik masing-masing variabel yang dimiliki. Pada penelitian ini yang menjadi variabel independen adalah kejadian depresi pada remaja dan variabel dependen adalah tingkat risiko bunuh diri remaja. Tujuan dari analisis ini adalah untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti baik dari jenis data numerik maupun kategorik.

2. Analisis Bivariat

Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis bivariat, untuk melihat perbedaan proporsi kedua variabel signifikan/tidak. Uji yang digunakan adalah uji *Chi-square* dan *Kolmogorov-smirnov*, dengan nilai *confidence interval* adalah 95% dengan tingkat kemaknaan 5% ($\alpha = 0,05$). Jika nilai $p \leq \alpha$ maka terdapat perbedaan bermakna antara kedua variabel.

G. Etika Penelitian

Penelitian menggunakan manusia sebagai subjek sehingga tidak boleh bertentangan dengan etik. Dalam melakukan penelitian ini, peneliti mendapatkan rekomendasi dari Jurusan Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar dan instansi-instansi terkait lainnya. Pada penelitian ini, peneliti telah lolos uji etik dari Komite Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar dengan nomor A.007/KPEPK/FKIK/VIII/2018.

Setelah mendapat persetujuan maka peneliti akan melakukan penelitian dengan menekankan masalah etika menurut KNEPK (Komisi Nasional Etik Penelitian Kesehatan) (Yurisa, 2008):

1. Menghormati Harkat dan Martabat Manusia (*Respect For Human Dignity*)

Peneliti perlu mempertimbangkan hak-hak subyek untuk mendapatkan informasi yang terbuka berkaitan dengan jalannya penelitian serta memiliki kebebasan menentukan pilihan dan bebas dari paksaan untuk berpartisipasi dalam kegiatan penelitian (*autonomy*). Beberapa tindakan yang terkait prinsip menghormati harkat dan martabat manusia adalah peneliti mempersiapkan formulir persetujuan subyek (*informed consent*) yang terdiri dari :

- a. Penjelasan manfaat penelitian
- b. Penjelasan kemungkinan risiko dan ketidaknyamanan yang dapat ditimbulkan
- c. Penjelasan manfaat yang akan didapatkan
- d. Persetujuan peneliti dapat menjawab setiap pertanyaan yang diajukan subyek berkaitan dengan prosedur penelitian
- e. Persetujuan subyek dapat mengundurkan diri kapan saja
- f. Jaminan anonimitas dan kerahasiaan.

2. Menghormati Privasi dan Kerahasiaan Subyek Penelitian (*Respect For Privacy and Confidentiality*)

Setiap manusia memiliki hak-hak dasar individu termasuk privasi dan kebebasan individu. Pada dasarnya penelitian akan memberikan akibat terbukanya informasi individu termasuk informasi yang bersifat pribadi. Sedangkan tidak semua orang menginginkan informasinya diketahui oleh orang lain, sehingga peneliti perlu memperhatikan hak-hak dasar individu tersebut. Peneliti dapat menggunakan koding (inisial atau *identification number*) sebagai pengganti identitas responden.

3. Keadilan dan Inklusivitas (*Respect For Justice and Inclusiveness*)

Prinsip keadilan memiliki konotasi keterbukaan dan adil. Untuk memenuhi prinsip keterbukaan, penelitian dilakukan secara jujur, hati-hati, profesional, berperikemanusiaan, dan memperhatikan faktor-faktor ketepatan, keseksamaan, kecermatan, intimitas, psikologis serta perasaan religius subyek penelitian.

4. Memperhitungkan Manfaat dan Kerugian yang Ditimbulkan (*Balancing Harms and Benefits*)

Peneliti melaksanakan penelitian sesuai dengan prosedur penelitian guna mendapatkan hasil yang bermanfaat semaksimal mungkin bagi subyek penelitian dan dapat digeneralisasikan di tingkat populasi (*beneficence*). Peneliti meminimalisasi dampak yang merugikan bagi subyek (*nonmaleficence*). Apabila intervensi penelitian berpotensi mengakibatkan cedera atau stres tambahan maka subyek dikeluarkan dari kegiatan penelitian untuk mencegah terjadinya cedera, kesakitan, stres, maupun kematian subyek penelitian.

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Kejadian Depresi Berdasarkan Periode Perkembangan Remaja

Banyaknya kejadian depresi berdasarkan periode perkembangan remaja merupakan data kategorik yang dianalisis dengan proporsi. Hasil uji statistik menunjukkan ada perbedaan bermakna antara kejadian depresi pada remaja awal dan remaja akhir dengan nilai *p value* 0,000 ($p < 0,05$). Persentase kejadian depresi dibandingkan dengan yang tidak depresi lebih banyak terjadi pada usia remaja akhir dengan persentase 63,6% sedangkan kejadian depresi dibandingkan dengan yang tidak depresi pada remaja awal hanya berkisar 37,1%. Depresi lebih banyak terjadi pada remaja akhir disebabkan karena beban masalah yang sedang dialami remaja tahapan akhir jauh lebih besar dibandingkan dengan remaja awal. Analisis proporsi kejadian depresi berdasarkan periode perkembangan remaja dijabarkan di tabel 4.1:

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Kejadian Depresi Berdasarkan Periode Perkembangan Remaja di Kecamatan Tamalate (n = 285)

Periode Perkembangan	Kejadian Depresi				Total		P Value
	Mengalami Depresi		Tidak Mengalami Depresi		n	%	
	n	%	n	%			
Remaja Awal	62	37.1	105	62.9	167	100	0.000
Remaja Akhir	75	63.6	43	36.4	118	100	

Uji Chi- Square

Sumber: Data Primer, 2018

2. Gambaran Tingkat Risiko Bunuh Diri Berdasarkan Periode Perkembangan Remaja

Tingkat risiko bunuh diri berdasarkan periode perkembangan remaja merupakan data kategorik yang dianalisis dengan proporsi. Seseorang dikatakan memiliki ide bunuh diri jika minimal berada pada tingkat risiko bunuh diri rendah hingga tinggi. Hasil uji statistik menunjukkan ada perbedaan bermakna antara tingkat risiko bunuh diri pada remaja awal dan remaja akhir dengan nilai *p value* 0,022 ($p < 0,05$). Persentase tingkat risiko bunuh diri kategori rendah hingga tinggi lebih banyak terjadi pada usia remaja akhir dengan persentase 39% per 118 populasi dibandingkan remaja awal yang hanya sebesar 21% per 167 populasi. Pada remaja awal persentase tinggi hanya pada tingkat risiko bunuh diri sangat rendah dengan persentase 79%. Adapun remaja secara keseluruhan yang minimal memiliki ide bunuh diri dalam hal ini remaja yang masuk dalam kategori risiko rendah, sedang dan tinggi sebanyak 81 orang dengan persentase 28,4% dan setidaknya ada 6 remaja yang sebelumnya telah pernah melakukan percobaan bunuh diri. Analisis proporsi tingkat risiko bunuh diri berdasarkan periode perkembangan remaja secara rinci dijabarkan di tabel 4.2:

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Tingkat Risiko Bunuh Diri Berdasarkan Periode Perkembangan Remaja di Kecamatan Tamalate (n = 285)

Periode Perkembangan	Tingkat Risiko Bunuh Diri								Total	<i>P Value</i>	
	Risiko Sangat Rendah		Risiko Rendah		Risiko Sedang		Risiko Tinggi				
	n	%	n	%	n	%	n	%			
Remaja Awal	132	79.0	24	14.4	5	3.0	6	3.6	167	100	0.022
Remaja Akhir	72	61.0	31	26.3	9	7.6	6	5.1	118	100	

Uji Kolmogorov-Smirnov

Sumber: Data Primer, 2018

3. Analisis Kejadian Depresi dan Risiko Bunuh Diri Berdasarkan Periode Perkembangan Remaja

Analisis kejadian depresi dan risiko bunuh diri pada remaja merupakan data kategorik yang dianalisis secara proporsi. Seseorang dikatakan memiliki ide bunuh diri jika minimal berada pada tingkat risiko bunuh diri rendah hingga tinggi. Hasil uji statistik menunjukkan ada perbedaan bermakna antara tingkat risiko bunuh diri pada orang yang mengalami depresi dan tidak mengalami depresi dengan nilai p value 0,000 ($p < 0,05$). Dari data didapatkan bahwa dari 137 remaja yang mengalami depresi 72 (55%) diantaranya memiliki ide bunuh diri. Ada 12 (8,8%) remaja diantaranya memiliki risiko tinggi untuk bunuh diri, dengan 6 orang diantaranya sudah pernah melakukan percobaan bunuh diri sebelumnya. Selain itu, dari 148 remaja yang tidak mengalami depresi, ada 9 remaja yang memiliki risiko bunuh diri rendah (memiliki ide bunuh diri). Analisis kejadian depresi dan tingkat risiko bunuh diri pada remaja secara rinci dapat dilihat pada tabel 4.3:

Tabel 4.3 Analisis Kejadian Depresi dan Risiko Bunuh Diri Remaja di Kecamatan Tamalate (n = 285)

Kategori	Tingkat Risiko Bunuh Diri								Total	P Value	
	Risiko Tinggi		Risiko Sedang		Risiko Rendah		Risiko Sangat rendah				
	n	%	n	%	n	%	n	%			
Mengalami Depresi	12	8.8	14	10.2	46	33.6	65	47.4	137	100	0.000
Tidak Mengalami Depresi	0	0.0	0	0.0	9	6.1	139	93.9	148	100	

Uji Kolmogorov-Smirnov

Sumber: Data Primer, 2018

Analisis kejadian depresi dan tingkat risiko bunuh diri pada remaja awal merupakan data kategorik yang dianalisis secara proporsi. Hasil uji statistik menunjukkan ada perbedaan bermakna antara tingkat risiko bunuh diri pada remaja awal yang mengalami depresi dan remaja awal yang tidak mengalami depresi dengan nilai p value 0,000 ($p < 0,05$). Dari data didapatkan bahwa dari 62 remaja awal yang mengalami depresi 28 (45,2%) diantaranya memiliki ide bunuh diri. Ada 6 (9,7%) remaja diantaranya memiliki risiko tinggi untuk bunuh diri, dengan 4 orang diantaranya sudah pernah melakukan percobaan bunuh diri sebelumnya. Selain itu, dari 105 remaja yang tidak mengalami depresi, ada 7 remaja yang memiliki risiko bunuh diri rendah (memiliki ide bunuh diri). Analisis kejadian depresi dan tingkat risiko bunuh diri pada remaja awal secara rinci dapat dilihat pada tabel 4.4

Tabel 4.4 Analisis Kejadian Depresi dan Risiko Bunuh Diri pada Remaja Awal di Kecamatan Tamalate (n = 167)

Kategori	Tingkat Risiko Bunuh Diri								Total	P Value	
	Risiko Tinggi		Risiko Sedang		Risiko Rendah		Risiko Sangat rendah				
	n	%	n	%	n	%	n	%			
Mengalami Depresi	6	9.7	5	8.1	17	27.4	34	54.8	62	37.1	0.000
Tidak Mengalami Depresi	0	0.0	0	0.0	7	6.7	98	93.3	105	62.9	
Total									167	100	

Uji Kolmogorov Smirnov

Sumber: Data Primer, 2018

Analisis kejadian depresi dan tingkat risiko bunuh diri pada remaja akhir merupakan data kategorik yang dianalisis secara proporsi. Hasil uji statistik

menunjukkan ada perbedaan bermakna antara tingkat risiko bunuh diri pada remaja akhir yang mengalami depresi dan remaja akhir yang tidak mengalami depresi dengan nilai p value 0,000 ($p < 0,05$). Dari data didapatkan bahwa dari 75 remaja akhir yang mengalami depresi 44 (58,7%) diantaranya memiliki ide bunuh diri. Ada 6 (8,0%) remaja diantaranya memiliki risiko tinggi untuk bunuh diri, dengan 2 orang diantaranya sudah pernah melakukan percobaan bunuh diri sebelumnya. Selain itu, dari 43 remaja yang tidak mengalami depresi, ada 2 remaja yang memiliki risiko bunuh diri rendah (memiliki ide bunuh diri). Analisis kejadian depresi dan tingkat risiko bunuh diri pada remaja akhir secara rinci dapat dilihat pada tabel 4.5

Tabel 4.5 Analisis Kejadian Depresi dan Tingkat Risiko Bunuh Diri pada Remaja Akhir di Kecamatan Tamalate (n = 118)

Kategori	Tingkat Risiko Bunuh Diri								Total	P Value	
	Risiko Tinggi		Risiko Sedang		Risiko Rendah		Risiko Sangat rendah				
	n	%	n	%	n	%	n	%			
Mengalami Depresi	6	8.0	9	12.0	29	38.7	31	41.3	75	63.6	0.000
Tidak Mengalami Depresi	0	0.0	0	0.0	2	4.7	41	95.3	43	36.4	
Total									118	100	

Uji Kolmogorov-Smirnov

Sumber: Data Primer, 2018

B. Analisis Pembahasan

1. Gambaran Tingkat Depresi Remaja Berdasarkan Periode Perkembangan Remaja

Hasil uji statistik menunjukkan ada perbedaan bermakna antara kejadian depresi pada remaja awal dan remaja akhir dengan nilai *p value* 0,000 ($p < 0,05$). Hasil penelitian didapatkan depresi lebih banyak terjadi pada usia remaja akhir sebanyak 75 remaja dari 118 remaja dengan persentase 63,6% sedangkan remaja awal hanya 62 remaja dari 167 remaja dengan persentase 37,1%. Lawrence dkk (2015) menjelaskan bahwa prevalensi depresi mayor akan lebih tinggi pada kelompok yang lebih tua (Lawrence et al., 2015). Tingginya angka kejadian depresi pada remaja akhir disebabkan karena semakin besarnya tanggungjawab yang harus mereka perjuangkan, baik tanggungjawab dari orang tua, guru dan orang-orang terdekatnya. Banyak dari remaja yang menjadi responden penelitian dituntut untuk berhasil dalam prestasi akademiknya terlebih lagi pada tingkat SMAN yang dituntut harus masuk di kampus terbaik setelah lulus dari bangku SMAN.

Remaja merupakan periode perubahan besar bagi semua orang yang berusia muda dan dapat menimbulkan berbagai tantangan fisik, sosial, emosional dan akademis. Tahapan ini adalah waktu bagi orang yang berusia muda untuk membangun identitas mereka, mencari kemerdekaan yang lebih besar, tahapan transisi ke masa dewasa dan sering menghadapi tekanan dari sekolah dan lingkungan sosial. Tahapan ini juga merupakan usia puncak onset dari banyaknya gangguan kesehatan mental (Yeomans & Christensen, 2016). Selama proses penelitian, remaja awal cenderung berani untuk menyampaikan masalahnya dan memiliki keterbukaan yang lebih besar dibandingkan remaja akhir yang cenderung sulit menyampaikan masalahnya. Hal ini disebabkan karena remaja akhir mulai memiliki kematangan dalam berfikir dan mulai mampu membuat keputusannya sendiri sesuai identitas mereka. Kemampuan membuat keputusan

dan pemikiran yang semakin kritis membuat remaja akhir cenderung menyimpan masalahnya sendiri.

Tahapan masa remaja akhir yang seharusnya lebih mampu mengendalikan emosi, mampu menghadapi masalah dengan lebih tenang dan rasional. Namun, selama masa remaja status emosional remaja masih dalam keadaan berubah-ubah antara perilaku yang menunjukkan kedewasaan dengan perilaku seperti anak-anak. Pada tahapan remaja akhir, mereka sudah dewasa dalam berfikir namun masalah dalam tahapan ini juga akan semakin bertambah. Jenjang pendidikan yang semakin tinggi juga akan menuntut kegiatan akademis yang lebih padat. Stress akademik dapat berperan penting dalam menentukan kesehatan mental remaja (Subramani & Kadiravan, 2017).

Assana dkk (2017) menyebutkan bahwa sebagian besar siswa SMA (usia remaja akhir) memiliki kualitas hidup yang rendah hingga sedang. Stress akibat pendidikan, kecemasan serta depresi berpengaruh terhadap QOL (*quality of life*) siswa yang berdampak pada kesehatan mental remaja. Sekitar 26% siswa SMA dalam penelitian tersebut memiliki tingkat stres pendidikan yang tinggi. Stres merupakan faktor risiko utama penyebab depresi (Assana, Laohasiriwong, & Rangseekajee, 2017). Peneliti meyakini bahwa usia remaja akhir merupakan tahapan dengan tingkat jiwa kompetitif yang lebih tinggi, selama penelitian rata-rata siswa mengatakan memiliki tanggungjawab yang besar dari orang tua untuk bisa mempertahankan dan menaikkan peringkat mereka. Namun, dalam prosesnya usaha yang mereka lakukan kadang kala belum sesuai dengan ekspektasinya sehingga pengharapan yang lebih besar membuat mereka menjadi stress dan merasa terbebani.

Penelitian yang dilakukan oleh Mangklara dkk (2015) melaporkan bahwa tingkat prevalensi episode depresi pada remaja akhir sekitar 5,67% dan sekitar 17,43% remaja yang menunjukkan gejala depresi. Alasan utama penyebab depresi pada remaja akhir secara umum disebabkan oleh kondisi psikologis siswa, masalah hubungan dengan teman (pacar), masalah akademik di sekolah,

masalah hubungan dengan orang tua dan keluarga, masalah hubungan dengan teman sekelas, masalah finansial, masalah hubungan dengan guru dan masalah kesehatan fisik (Magklara, Bellos, Niakas, Stylianidis, & Kolaitis, 2015).

Selain penyebab depresi yang telah dipaparkan sebelumnya ada beragam alasan lain yang menjadi pencetus depresi pada remaja diantaranya: Kurangnya pengawasan orangtua, penggunaan alkohol, dan merokok juga merupakan faktor risiko yang signifikan (Kaur et al., 2014). Peristiwa penting yang menyedihkan seperti kematian orang yang dicintai, orang tua bercerai, pindah ke daerah baru, atau putus dengan pacar, ketidakhadiran yang berkepanjangan dari seseorang, pelecehan dan penindasan, adanya pengalaman traumatik, stress terutama jika remaja tidak memiliki emosi mendukung. Selain itu, penyebab lain seperti perubahan hormonal/fisik yang terjadi selama pubertas juga menyebabkan emosi baru dan tak terduga, kondisi medis seperti hipotiroidisme bisa mempengaruhi keseimbangan hormon dan suasana hati, penyakit pada fisik yang sifatnya kronis, tidur yang tidak adekuat merupakan faktor risiko depresi, penyalahgunaan zat dapat menyebabkan perubahan kimia di otak, alergi terhadap makanan dan defisiensi nutrisi dapat disebabkan oleh ketidakseimbangan asam amino atau kekurangan vitamin (*The Irish Association of Suicidologi*, 2016).

Pada penelitian ini remaja awal cenderung memiliki masalah terkait hubungan dengan lawan jenis, *bullying*, penyalahgunaan zat dan masalah dengan orang tua yang terlalu sibuk dengan pekerjaan, bahkan ada yang memiliki orang tua yang telah berpisah/bercerai sehingga mereka harus menanggung beban tersebut. Sedangkan remaja akhir cenderung memiliki masalah yang lebih kompleks lagi, dalam hal hubungan dengan lawan jenis (percintaan), stress akademik yang tinggi, tuntutan tanggungjawab yang lebih besar, masalah penyalahgunaan zat, orang tua yang bercerai, tekanan dalam keluarga, kekerasan dalam keluarga dan hubungan yang retak dengan seseorang (berpisah dengan orang terdekat).

2. Gambaran Tingkat Risiko Bunuh Diri Berdasarkan Periode Perkembangan Remaja

Tingkat risiko bunuh diri dalam penelitian ini ada 4 tingkatan meliputi risiko tinggi, sedang, rendah dan sangat rendah. Fokus dalam penelitian ini yaitu remaja yang memiliki ide bunuh diri dan perilaku bunuh diri. Seseorang dikatakan memiliki ide bunuh diri atau telah pernah berpikir untuk melakukan upaya bunuh diri jika minimal masuk dalam kategori risiko bunuh diri rendah hingga risiko tinggi. Sedangkan remaja dikatakan tidak memiliki ide bunuh diri atau belum pernah memikirkan untuk bunuh diri jika masuk dalam kategori risiko bunuh diri sangat rendah.

Hasil uji statistik menunjukkan ada perbedaan bermakna antara tingkat risiko bunuh diri pada remaja awal dan remaja akhir dengan nilai *p value* 0,022 ($p < 0,05$). Persentase tingkat risiko bunuh diri kategori rendah hingga tinggi lebih banyak terjadi pada usia remaja akhir dengan persentase 39% per 118 populasi dibandingkan remaja awal yang hanya sebesar 21% per 167 populasi. Pada remaja awal persentase tinggi hanya pada tingkat risiko bunuh diri sangat rendah dengan persentase 79%. Asante dkk (2017) menyebutkan bahwa risiko bunuh diri akan semakin meningkat pada jenjang usia yang lebih tinggi. Persentase ide bunuh diri, rencana bunuh diri dan percobaan bunuh diri memiliki persentase tinggi di usia 17 tahun dan 18 tahun ke atas (Oppong, Kugbey, Osafo, Quarshie, & Owusu, 2017). Penelitian yang sama juga dilaporkan oleh Yeomans dan Christensen (2016) tentang kesehatan mental remaja di Australia melaporkan bahwa persentase risiko bunuh diri tinggi di usia 17,18 dan 19 tahun, dan rentang usia ini merupakan tahapan dari masa remaja akhir (Yeomans & Christensen, 2016).

Remaja akhir cenderung lebih berisiko untuk bunuh diri dalam penelitian ini karena kejadian depresi pada remaja akhir juga tergolong tinggi, depresi menjadi penyebab utama risiko bunuh diri pada remaja. Selain itu, permasalahan

remaja usia akhir lebih kompleks, jika mereka tidak memiliki mekanisme *coping* yang baik maka depresi akan berakhir pada perilaku bunuh diri.

Pada penelitian ini secara keseluruhan remaja yang memiliki ide bunuh diri (sudah pernah memikirkan untuk bunuh diri) sebanyak 81 orang dengan persentase 28,4% dan setidaknya ada 6 remaja yang sebelumnya telah pernah melakukan percobaan bunuh diri. Ziaei dkk (2017) menyebutkan 4,1% dari siswa sekolah menengah telah secara serius mempertimbangkan untuk mencoba bunuh diri selama 12 bulan terakhir (Ziaei et al., 2017). Selain itu, penelitian yang pernah dilakukan oleh Jeli (2014) di Kota Semarang menyebutkan bahwa *suicide ideation* lebih banyak terjadi pada remaja SMA/ sederajat dan perguruan tinggi yang keduanya merupakan tahapan remaja akhir.

Tingginya *suicide ideation* diduga dikarenakan beban masalah yang dialami remaja yang lebih tua jauh lebih besar dibanding mereka yang lebih muda (remaja awal). Penelitian yang sama juga dilakukan oleh Aulia (2016), sebagian besar remaja dengan ide bunuh diri yang tinggi berada pada usia remaja akhir (17-18 tahun) dengan persentase 75%. *National Center for Injury Prevention and Control* (2015) menyebutkan bahwa persentase usia yang memiliki pikiran serius tentang bunuh diri tertinggi diusia 18 tahun hingga 25 tahun (7,4%), diikuti oleh orang dewasa berusia 26 hingga 49 tahun (4,0%), kemudian oleh orang dewasa berusia 50 tahun ke atas (2,7%).

Remaja yang dihadapkan pada suatu masalah tanpa disadari akan terlintas di pikiran mereka mengenai keinginan untuk mati agar mengakhiri rasa sakit dan penderitaan yang mereka alami. Setelah keinginan untuk mati itu muncul, akhirnya mulailah terlintas di pikiran mereka tentang bagaimana upaya/cara mereka bunuh diri, hingga akhirnya penderitaannya terbalaskan dengan bunuh diri (Pratiwi & Undarwati, 2014). Pada usia remaja awal kemampuan nalar dan membuat keputusan masih sulit, mereka masih labil dan masih mengalami krisis identitas, sehingga peran orang tua maupun guru dalam tahapan ini sangat dibutuhkan. Remaja akhir cenderung telah mampu untuk

berpikir kritis dan mengambil keputusan sendiri, namun dalam tahapan perkembangannya masih butuh lebih banyak bantuan ketika menghadapi masalah. Keputusan yang diambil cenderung agresif dan kadangkala masih goyah. Oleh karena itu, orang yang dipercaya sangat penting bagi mereka untuk meringankan permasalahannya.

Menurut Santrock, salah satu tahapan perkembangan remaja yaitu sering mengalami masa krisis identitas dan ambigu. Hal yang demikian menyebabkan remaja menjadi tidak stabil, agresif, mengalami konflik antara sikap dan perilaku, kegoyahan emosional dan sensitif, terlalu cepat dan gegabah untuk mengambil tindakan yang ekstrim. Adanya ciri khas sifat remaja yang mudah mengalami kegoyahan emosional dan gegabah tersebut menyebabkan remaja tidak mudah untuk mempertahankan emosinya yang positif, akhirnya berdampak pada tahap perkembangan remaja yang sering menunjukkan perilaku agresif baik kepada teman, orang tua maupun kepada orang lain yang lebih muda (Agustriyana, 2017). Pada penelitian ini, remaja yang mengalami masalah memang cenderung untuk berfikir mengambil risiko untuk melukai dirinya, mereka berpikir bunuh diri dapat mengakhiri semua masalahnya, beberapa remaja yang sempat diwawancara oleh peneliti merasa bahwa orang-orang sekitarnya tidak ada yang peduli, mereka bahkan tampak tidak bergairah di dalam kelas.

Depresi merupakan faktor risiko penyebab utama keinginan bunuh diri pada remaja. Dari hasil penelitian sebelumnya yang didapatkan oleh peneliti, depresi didominasi terjadi di kalangan remaja akhir, hal ini dapat menjadi alasan dari tingginya risiko bunuh diri pada kalangan remaja remaja akhir. Lawrance dkk (2015) menyebutkan bahwa di antara remaja laki-laki yang diidentifikasi dengan gangguan depresi hampir sepertiga (29,2%) telah secara serius mempertimbangkan untuk bunuh diri dan 13,8% telah berusaha bunuh diri. Demikian pula untuk wanita, lebih dari setengah (56,4%) dari mereka yang diidentifikasi dengan gangguan depresi dan lebih dari seperlima (22,1%) telah mencoba bunuh diri. Masa pertumbuhan yang menjadi rumit dan menantang

membuat remaja dihadapkan dengan banyaknya harapan, tanggung jawab, pengaruh dari luar dan ketidakpastian. Sekitar 20% remaja akan memiliki masalah kesehatan mental, misalnya depresi dan kecemasan, riwayat kekerasan, rasa malu dan kemiskinan meningkatkan risiko terkena masalah kesehatan mental yang dapat berdampak pada tingginya risiko bunuh diri (Ibrahim et al., 2017).

3. Analisis Kejadian Depresi dan Tingkat Risiko Bunuh Diri Berdasarkan Periode Perkembangan Remaja

Hasil uji statistik menunjukkan ada perbedaan bermakna antara tingkat risiko bunuh diri pada remaja yang mengalami depresi dan tidak mengalami depresi dengan nilai *p value* 0,000 ($p < 0,05$). Penelitian ini menunjukkan persentase remaja yang mengalami depresi mencapai 48.1%. Jumlah ini menunjukkan, hampir setengah dari populasi remaja mengalami depresi. Penelitian yang dilakukan oleh Basu & Biswas (2017) tentang kesehatan mental dan depresi di kalangan remaja usia sekolah di Bengal Barat menunjukkan sekitar 34,2% remaja mengalami depresi. Penelitian yang dilakukan oleh Jha dkk (2017) tentang prevalensi depresi di kalangan remaja sekolah di wilayah perkotaan Bihar, India juga memiliki hasil penelitian yang menyebutkan sebanyak 49,2% remaja mengalami depresi. Penelitian yang pernah dilakukan oleh Ibrahim dkk (2017) tentang prevalensi dan prediktor depresi dan ide bunuh diri di kalangan remaja yang bersekolah di sekolah menengah negeri di Malaysia didapatkan persentase remaja yang mengalami depresi sebesar 32,7%. Depresi memiliki prevalensi yang tinggi dengan hampir sepertiga remaja memiliki depresi dan keinginan bunuh diri.

Selama proses penelitian ini, beberapa remaja memberanikan diri untuk berkonsultasi dengan peneliti terkait permasalahan yang dihadapi, banyak dari mereka yang mengalami stress dalam hal akademik, masalah keluarga, masalah percintaan, masalah dengan teman, penggunaan zat (merokok, alkohol dan obat-obatan), mayoritas remaja berani mengatakan bahwa mereka sedang “mengalami

depresi". Walaupun diketahui bahwa depresi adalah kondisi yang umum terjadi, namun dampak dari depresi tidak boleh diabaikan.

Gangguan depresi pada masa remaja adalah kejadian umum di seluruh dunia tetapi sering tidak dikenali. Insiden, terutama pada anak perempuan dan meningkat tajam setelah pubertas dan pada akhir masa remaja. Beban depresi tertinggi di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah. Depresi berhubungan dengan morbiditas saat ini dan di masa yang akan datang serta mempertinggi risiko bunuh diri. Faktor risiko terkuat untuk depresi pada remaja adalah riwayat keluarga dengan depresi dan paparan stres psikososial. Meskipun banyak kesamaan antara depresi pada masa remaja dan depresi di masa dewasa, pada remaja penggunaan antidepresan adalah kekhawatiran dan memerlukan manajemen klinis (Thapar, Collishaw, Pine, & Thapar, 2012).

Remaja yang depresi 12 kali lebih berisiko untuk melakukan bunuh diri dibandingkan yang tidak depresi (King & Vidourek, 2012). Risiko tersebut meningkat jika dibandingkan dengan data dari *American Association of Suicidology* bahwa orang yang mengalami depresi 25 kali lebih berisiko tinggi untuk bunuh diri. Depresi yang tidak diobati akan memiliki risiko bunuh diri 2,2% hingga 15% lebih rentan. Sebanyak 2% hingga 9% orang yang depresi akan sepenuhnya berlanjut untuk bunuh diri. Selain itu, 3,3% dari remaja yang berusia 13 hingga 18 tahun mengalami gangguan depresi yang sangat melemahkan kondisi remaja. Jika tidak ditangani, depresi dapat menyebabkan komorbiditas (terjadi pada saat yang sama) gangguan mental episode berulang dan risiko lebih tinggi untuk bunuh diri (*American Association of Suicidology*, 2014). Depresi memiliki peranan penting dalam meningkatkan risiko bunuh diri, ini menunjukkan bahwa depresi dapat menjadi target pengobatan untuk menurunkan risiko bunuh diri pada remaja.

Berdasarkan hasil penelitian ini menunjukkan, mayoritas remaja yang mengalami depresi atau setara dengan lebih dari setengah populasi remaja yang depresi, ada 52,6% memiliki ide untuk bunuh diri atau sudah memikirkan tentang

bunuh diri. Dari jumlah tersebut, 6 remaja diantaranya memiliki *suicidal behavior* atau pernah melakukan percobaan bunuh diri sebelumnya. Persentase remaja dengan depresi yang memiliki ide bunuh diri sangat tinggi, namun hampir setengah dari persentase tersebut yang memiliki risiko bunuh diri sangat rendah atau dalam hal ini remaja tersebut tidak memiliki ide tentang bunuh diri atau belum pernah memikirkan untuk bunuh diri. Hal ini disebabkan karena, adanya perbedaan tingkat depresi pada remaja, mungkin dalam hal ini remaja yang memiliki ide bunuh diri mayoritas berada dalam tingkat depresi kategori sedang hingga tinggi, sedangkan remaja yang memiliki risiko sangat rendah bisa jadi memiliki tingkat depresi kategori rendah. Namun, ini menjadi keterbatasan dalam penelitian ini karena tidak mengkaji depresi berdasarkan kategori sehingga sulit untuk menentukan kategori depresi yang memiliki risiko bunuh diri tinggi, sedang dan rendah.

Hasil penelitian ini juga didapatkan sebanyak 6,1% remaja tidak mengalami depresi namun memiliki risiko rendah untuk bunuh diri (telah memiliki ide bunuh diri). Hal ini disebabkan karena masalah bunuh diri adalah masalah yang kompleks yang tidak hanya disebabkan oleh satu aspek saja. Boleh jadi mereka tidak mengalami depresi namun, mengalami masalah dalam hal kognitif, masalah lingkungan dan masalah psikologis lainnya yang juga menjadi penyebab adanya risiko bunuh diri di kalangan remaja. Sebagaimana data dari *Educational Psychology Service Section* (2017) bahwa faktor risiko bunuh diri mencakup faktor biologis, faktor psikologis, faktor kognitif dan faktor lingkungan. Selain itu data dari *American Association of Sicidiology* (2014) menyebutkan depresi setidaknya dialami pada 50% dari orang yang melakukan bunuh diri, in berarti ada faktor lain yang dapat menjadi faktor risiko bunuh diri.

Hasil uji statistik menunjukkan ada perbedaan bermakna antara tingkat risiko bunuh diri pada remaja awal yang mengalami depresi dan remaja awal yang tidak mengalami depresi dengan nilai *p value* 0,000 ($p < 0,05$). Analisis kejadian depresi dan tingkat risiko bunuh diri pada remaja awal didapatkan dari

62 remaja awal yang mengalami depresi 28 (45,2%) diantaranya memiliki ide untuk bunuh diri. Ada 6 remaja memiliki risiko tinggi bunuh diri dengan 4 diantaranya sudah pernah melakukan percobaan bunuh diri sebelumnya. Remaja awal adalah tahapan dimulainya inisiasi pubertas, sistem regulasi dirinya masih dalam tahap *immature* sehingga cenderung memiliki emosi yang meluap-luap (Curtis, 2015). Lobus frontal yang merupakan bagian dari otak yang mengatur penalaran dan pengambilan keputusan, mulai berkembang selama masa remaja awal. Lobus frontal yang masih dalam tahap perkembangan dini menyebabkan kecenderungan mereka untuk bertindak secara impulsif dan tidak kritis dalam pemikiran (Unicef, 2011). Hal tersebut yang menyebabkan beberapa diantara mereka nekad melakukan percobaan bunuh diri, karena emosi yang meluap-luap dan belum matang dalam mengambil keputusan.

Remaja awal yang mengalami depresi pada penelitian ini dominan memiliki masalah dalam hal percintaan, *bullying*, masalah dengan orang tua (orang tua bercerai, orang tua kurang peduli dan terlalu sibuk dengan pekerjaan), masalah penyalahgunaan zat dan berpisah dengan orang terdekat. Masalah yang berlangsung lama dan *intens* ini akan berdampak pada munculnya ide bunuh diri, hanya berawal dari sekedar memikirkan untuk bunuh diri hingga akhirnya mengarah kepada upaya bunuh diri. Masalah pribadi yang berhubungan dengan situasi di atas akan berdampak pada ketidaktercapaian tugas perkembangan remaja di masa ini. Hal ini akan berdampak pada perkembangannya di tahapan selanjutnya.

Hasil uji statistik menunjukkan ada perbedaan bermakna antara tingkat risiko bunuh diri pada remaja akhir yang mengalami depresi dan remaja akhir yang tidak mengalami depresi dengan nilai *p value* 0,000 ($p < 0,05$). Analisis kejadian depresi dan tingkat risiko bunuh diri pada remaja akhir didapatkan dari 75 remaja akhir yang mengalami depresi 44 (58,7%) diantaranya memiliki ide untuk bunuh diri. Ada 6 remaja memiliki risiko tinggi bunuh diri dengan 2 diantaranya sudah pernah melakukan percobaan bunuh diri sebelumnya. Jika

dibandingkan dengan prevalensi depresi dan risiko bunuh diri pada remaja awal, masa remaja akhir memiliki prevalensi yang lebih tinggi. Hal ini disebabkan karena pada masa ini tanggungjawab dan pengharapan atau ekspektasi terhadap sesuatu juga akan semakin besar. Masalah yang dihadapi oleh remaja akhir juga akan semakin banyak dan beragam, misalnya dalam hal akademik, masalah percintaan (pada tahapan ini remaja mulai lebih serius dengan lawan jenisnya), masalah keluarga, dan beragam masalah lainnya.

Pada masa ini seorang remaja tidak lagi hanya bersifat reaktif, tetapi juga mulai aktif mencapai kegiatan untuk menemukan jati dirinya, mencari pedoman hidup untuk bekal kehidupannya di masa mendatang. Kegiatan yang dilakukan remaja pada tahap ini dilakukan dengan penuh semangat berkobar-kobar, namun remaja belum memahami akan hakikat dari sesuatu yang dicarinya itu (Pieter & Lubis, 2012). Pada tahapan remaja akhir emosi yang belum cukup stabil, sistem regulasi diri yang masih terus berkembang membuat tahapan usia ini terkadang masih memiliki status emosional yang masih berubah-ubah antara perilaku yang menunjukkan kedewasaan dengan perilaku seperti anak-anak (Curtis, 2015).

Permasalahan yang lebih kompleks di masa remaja akhir menyebabkan prevalensi depresi dan risiko bunuh diri lebih tinggi pada usia ini. Namun, di tahapan ini perkembangan dan pertumbuhan fisik akan terus berlanjut, termasuk lobus frontal yang merupakan bagian dari otak yang mengatur penalaran dan pengambilan keputusan. Lobus frontal yang mengalami perkembangan lebih lanjut menyebabkan remaja akhir mulai cenderung memiliki daya nalar dan kemampuan mengambil keputusan sendiri dengan baik (Curtis, 2015). Hal ini menjadi alasan dari upaya percobaan bunuh diri lebih banyak di masa remaja awal, karena kemampuan daya nalarnya yang masih dalam tahapan perkembangan dini, sedangkan di usia remaja akhir daya nalarnya mulai bekerja. Namun, kemampuan daya nalar juga akan tidak berfungsi jika masalah yang dihadapi jauh lebih besar dan lebih kompleks. Oleh karena itu, kemampuan mekanisme *coping* harus kuat pada usia ini.

Pada penelitian ini, remaja akhir cenderung memiliki masalah dalam hal akademik, besarnya pengharapan akan sesuatu menyebabkan mereka lebih kompetitif, dan jika gagal atau harapannya tidak sesuai akhirnya menyebabkan stress akademik. Selain itu, masalah percintaan, tertekan dalam keluarga, orang tua yang bercerai, penyalahgunaan zat, berpisah dengan orang terdekat dan kekerasan dalam keluarga. Jika dibandingkan dengan remaja awal, remaja akhir cenderung menyimpan masalahnya sendiri dan kurang terbuka dengan orang lain. Hal ini menyebabkan remaja akhir lebih cenderung untuk depresi dibandingkan remaja awal.

Depresi saat ini menjadi salah satu masalah kesehatan masyarakat yang paling umum, bersifat penting dan menjadi permasalahan di kalangan remaja. Efek buruk yang diakibatkan oleh depresi, pada kesehatan fisik dan mental remaja tidak dapat diabaikan (Basu & Biswas, 2017). Setidaknya 5% dari remaja, sekitar 1 dari 20 remaja, akan mengalami episode depresi major yang merupakan salah satu penyakit medis yang paling umum yang dihadapi oleh remaja. Sebelum mengalami masa pubertas, laki-laki dan perempuan melaporkan tingkat yang sama dalam hal depresi. Selama dan setelah masa remaja, perempuan mulai menunjukkan tingkat depresi yang lebih tinggi, hampir dua banding satu (*The Adolescent Depression Awareness Program*, 2010).

Depresi atau perasaan sedih dan tertekan merupakan penyebab utama bunuh diri. Larangan bunuh diri karena bersedih telah dijelaskan dalam al-Quran Sebagaimana firman Allah SWT dalam QS. Al-Kahfi ayat 6:

فَلَعَلَّكَ بَئِجِعٌ نَّفْسَكَ عَلَىٰ آثَارِهِمْ إِنْ لَمْ يُؤْمِنُوا بِهِذَا الْحَدِيثِ أَسَفًا ﴿٦﴾

Terjemahannya:

Maka (apakah) barangkali kamu akan membunuh dirimu karena bersedih hati setelah mereka berpaling, sekiranya mereka tidak beriman kepada keterangan ini (Al-Quran)

Rasulullah saw merasa susah melihat perlawanan kaumnya kepadanya dan pengingkaran mereka terhadap ajaran-ajaran yang dibawanya, sehingga sangat menyakitkan hatinya, lalu turunlah ayat ini. Dalam ayat ini, Allah SWT mengingatkan Rasulullah saw agar tidak bersedih hati, hingga merusak kesehatan dirinya, hanya karena kaumnya tidak mau beriman kepada Al-Qur'an dan kenabiannya. Hal demikian itu tidak patut membuat Nabi sedih karena tugas beliau hanyalah menyampaikan wahyu Ilahi kepada mereka, sedangkan kesediaan jiwa mereka untuk menerima kebenaran ayat-ayat tersebut tergantung kepada petunjuk Allah SWT (Kemenag RI, 2018).

Yang dimaksud dengan keterangan adalah Al-Qur'an. Asafan artinya kecewa, yakni janganlah kamu membinasakan (merusak) dirimu sendiri karena kecewa. Qatadah mengatakan, yang dimaksud dengan asafan ialah membunuh diri sendiri karena marah dan bersedih hati terhadap mereka yang tidak mau beriman. Mujahid mengatakan, maknanya ialah kecewa. Pada garis besarnya semua makna yang telah disebutkan di atas mirip pengertiannya, yang kesimpulannya dapat dikatakan sebagai berikut: "Janganlah kamu buat dirimu kecewa terhadap mereka yang tidak mau beriman kepadamu, melainkan sampaikanlah risalah Allah. Barang siapa yang mau menerimanya sebagai petunjuk, maka manfaatnya buat dirinya sendiri. Dan barang siapa yang sesat dari mereka, maka sesungguhnya dia menyesatkan dirinya sendiri. Janganlah dirimu binasa karena kesedihan terhadap mereka."

Dari ayat tersebut dapat disimpulkan bahwa Allah SWT sangat melarang umatnya mencelakakan dirinya karena bersedih hati. Padahal, jika kita melihat kondisi saat ini banyak remaja yang selalu bersedih hati dalam hal ini merasa depresi atau yang lebih umum merasa "galau". Remaja banyak yang menganggap bahwa depresi adalah hal yang sewajarnya terjadi, namun jika kita melihat dampak dari depresi justru dapat mengarahkan remaja pada pikiran untuk bunuh diri. Sebagai remaja yang baik, sudah sepatutnya mengamalkan QS. Al Kahfi ayat 6 yang dipaparkan di atas dalam kehidupan sehari-hari. Seberat dan sesulit

apapun masalah yang dihadapi jangan sampai akan membuat kita terbawa emosi kesedihan hingga berujung pada hadirnya pemikiran-pemikiran untuk bunuh diri yang dapat berakhir pada tindakan/perilaku bunuh diri. Setiap masalah pasti ada solusinya, dan sebaik-baik pemberi solusi yang terbaik adalah hanya pada Allah SWT. Begitu pentingnya untuk menjaga diri agar tidak bersedih hati (depresi) yang berkepanjangan, karena hal ini tentu akan berdampak pada besarnya peluang untuk melakukan hal-hal negatif pada diri sendiri dalam hal ini melakukan upaya bunuh diri.

Sebagai seorang muslim, bunuh diri adalah tindakan yang sangat diharamkan oleh Allah SWT. Nabi Muhammad Shallallahu'alaihi wasallam pernah bersabda dalam H.R Bukhari-Muslim yang berbunyi:

من قتل نفسه بشيء عذب به يوم القيامة

Terjemahnya:

“Barangsiapa yang membunuh dirinya dengan sesuatu, ia akan di adzab dengan sesuatu itu di hari kiamat” (HR. Bukhari no. 6105, Muslim no. 110).

Maka bunuh diri itu adalah dosa besar yang paling buruk. Hal yang sama telah diriwayatkan dengan lafal yang semisal, dari Ibnu Mardawiah mengetengahkan sebuah hadits melalui Al-A'masy, dari Abu Saleh, dari Abu Hurairah yang menceritakan bahwa Rasulullah shallallahu 'alaihi wasallam pernah bersabda: Barang siapa yang membunuh dirinya sendiri dengan sebuah besi, maka besi itu akan berada di tangannya yang dipakainya untuk menusuki perutnya kelak di hari kiamat di dalam neraka Jahannam dalam keadaan kekal di dalamnya untuk selama-lamanya. Dan barang siapa yang membunuh dirinya sendiri dengan racun, maka racun itu berada di tangannya untuk ia teguki di dalam neraka Jahannam dalam keadaan kekal di dalamnya untuk selama-lamanya (*Tafsir Learn Quran*, 2018).

Hadist di atas dapat menjadi dasar bahwa Allah SWT sangat menyayangi manusia, yang dia ciptakan dengan sebaik-baik penciptaan. Oleh karena itu, janganlah kita mengakhiri apa yang telah Allah SWT ciptakan untuk kita dengan cara bunuh diri, hal ini sama saja dengan mendahului takdir yang ditetapkan Allah SWT terhadap diri-diri kita. Atas dasar inilah orang yang bunuh diri akan diazab kelak di akhirat, sesuai dengan hadist di atas bahwa “sesuatu” yang digunakan untuk bunuh diri akan diulang kembali saat di akhirat.

Tingginya persentase ide bunuh diri pada remaja disebabkan karena tahapan usia mereka sebagai kelompok yang rentan dan sangat antusias dengan hal-hal yang baru dan identik dengan “masa pencarian identitas”. Remaja yang memiliki masalah psikologis (depresi) sulit untuk menyesuaikan diri dengan baik atau melakukan *coping* yang tepat, sehingga 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 (Aulia, 2016). Hal ini sesuai dengan tahapan perkembangan psikososial yang dikemukakan oleh Erik Ericson bahwa di usia remaja mereka memiliki tahapan untuk mencari identitas mereka, namun banyak diantara remaja yang melakukan hal yang menyimpang dari identitasnya (Sunaryo, 2004).

Depresi hingga akhirnya berakhir ke bunuh diri sebenarnya dipengaruhi oleh kadar hormon serotonin dan hambatan pensinyalan serotonin pada orang yang menunjukkan perilaku bunuh diri. Beberapa penelitian menghubungkan serotonin yang terganggu dapat mengakibatkan ekspresi untuk mencoba bunuh diri. *Neurotransmitter* terlibat dalam depresi dan bunuh diri adalah glutamat dan asam γ -aminobutyric, 86,87 dan tindakan perawatan pada orang dengan risiko bunuh diri menargetkan jalur glutamat, seperti ketamin, yang dapat menjadi jalur

pengobatan depresi berat dan ide bunuh diri. Selain sinyal pemancar dari bagian neuro, respon inflamasi juga terjadi terkait dengan perilaku bunuh diri, dengan beberapa bukti menunjukkan bahwa inflamasi terkait dengan kekuatan bunuh diri terjadi baik di sistem saraf pusat dan di jaringan perifer, seperti yang terdeteksi dalam sampel darah (Turecki & Brent, 2016).

Penelitian yang dilakukan oleh Basak & Chatterjee (2016) yang menyebutkan bahwa banyak daerah otak yang terlibat dalam fungsi kognitif yang lebih tinggi yang mengalami perubahan struktural pada individu-individu yang mengalami depresi. Bagian-bagian otak yang diubah salah satunya adalah aktivitas beberapa *neurotransmitter* monoaminergik (serotonin) yang terlibat dalam fungsi kognitif, yang berperan dalam mengekspresikan suasana hati. Pada orang yang menderita depresi akan mengalami kekurangan neurokimia ini. Dengan demikian efek gabungan dari disfungsi struktural dan neurokimia biasa berdampak negatif pada fisik maupun aspek psikologis dari seorang individu. *Suicidal ideation* menjadi dampak dari adanya depresi berat. Studi epidemiologi telah menunjukkan korelasi yang kuat antara depresi berat dan perilaku bunuh diri (Basak & Chatterjee, 2016).

Dopamin adalah *neurotransmitter* otak yang berfungsi untuk mengontrol perilaku, cara berpikir, pergerakan, motivasi dan penghargaan, fungsi tidur, *mood*, peringatan diri dan kemampuan belajar. Orang yang mengalami depresi akan kekurangan neurotransmitter ini. Selain itu, sistem *norepinephrine* pada orang yang mengalami depresi akan bekerja dengan aktif ditandai dengan meningkatnya denyut jantung, aktif berkeringat. Peningkatan kadar hormon kortisol juga meningkat pada orang yang mengalami depresi, hormon kortisol berperan dalam stress seseorang (Kutcher, 2009).

C. Keterbatasan Penelitian

1. Subjektifitas Responden

Pengukuran variabel independen dan dependen dilakukan dengan menggunakan kuesioner secara *online* menggunakan *smartphone* dengan media *google form*

dan *buddy apps* yang diisi langsung oleh responden, hal ini dapat bersifat subjektif sehingga kebenaran dan keakuratan data yang diperoleh sangat tergantung dari kejujuran responden dalam mengisi jawaban kuesioner.

2. Kuesioner Penelitian Variabel Depresi

Keterbatasan pada item kuesioner dimana pada variabel tingkat depresi didapatkan hanya terbatas pada “depresi” dan “tidak depresi” sehingga sulit untuk mengidentifikasi tingkat depresi yang dialami oleh remaja.

3. Teknis Pelaksanaan Online

Dalam pelaksanaan pengambilan data, terdapat masalah teknis pada *smartphone* yang digunakan oleh siswa beberapa diantaranya tidak dapat menginstal *buddy apps* karena terkendala memori *handphone*, akses internet yang sangat terbatas di beberapa lokasi penelitian dan aplikasi yang masih *loading* jika diakses oleh puluhan siswa secara bersamaan.

D. Implikasi Penelitian

1. Pelayanan Keperawatan

Hampir setengah dari populasi remaja mengalami depresi dan persentase depresi dan risiko bunuh diri lebih tinggi pada remaja akhir. Informasi ini dapat dijadikan sebagai data untuk pengembangan intervensi dalam keperawatan jiwa remaja di komunitas. Sebagai upaya preventif terhadap perilaku bunuh diri kelompok berisiko khususnya remaja dan untuk mewujudkan peningkatan pelayanan keperawatan yang berbasis komunitas sesuai *trend* dalam pelayanan keperawatan jiwa saat ini. Selain itu, dalam penelitian ini terdapat kuesioner yang berfungsi untuk *screening* depresi dan risiko bunuh diri pada remaja, *buddy apps* dapat digunakan dan diadopsi dalam pelayanan baik di rumah sakit maupun di komunitas, khususnya pada pasien remaja.

2. Pendidikan Keperawatan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan acuan atau landasan, bahan kajian dan bahan bacaan untuk mengembangkan penelitian lebih lanjut tentang depresi dan risiko bunuh diri. Selain itu, mahasiswa dapat mengadopsi metode penelitian yang

digunakan peneliti yang berbasis *online* sehingga mengurangi pemborosan kertas, waktu yang digunakan lebih singkat dan data yang didapatkan lebih aman.

3. Pihak Sekolah

Data tentang tingginya persentase depresi dan risiko bunuh diri menjadikan hasil penelitian ini sebagai acuan/ dasar untuk memberikan arah kebijakan tentang pentingnya *screening* depresi dan risiko bunuh diri di sekolah.



BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Kejadian depresi memiliki persentase lebih besar pada remaja akhir
2. Tingkat risiko bunuh diri memiliki persentase lebih besar pada remaja akhir
3. Analisis kejadian depresi dan risiko bunuh diri didapatkan, dari 137 remaja yang depresi sebanyak 72 (53%) remaja diantaranya memiliki ide bunuh diri dengan 12 diantaranya memiliki risiko tinggi, 6 diantaranya sudah pernah melakukan percobaan bunuh diri sebelumnya.

B. Saran

1. Bagi Pihak Sekolah

Meningkatkan pelayanan keperawatan jiwa di komunitas khususnya di sekolah dengan berkolaborasi dengan pihak bimbingan & konseling (BK) di sekolah untuk melakukan *screening* depresi dan risiko bunuh diri. *Screening* dapat dilakukan secara berkala sehingga dapat mengidentifikasi lebih dini gejala depresi dan adanya risiko bunuh diri pada remaja.

2. Peneliti selanjutnya

Disarankan pada peneliti selanjutnya untuk melakukan penelitian lebih lanjut tentang tingkat depresi disetiap tingkatan risiko bunuh diri dengan mengembangkan kuesioner depresi. Peneliti selanjutnya juga dapat melakukan upaya preventif dan rehabilitatif yang dapat diberikan kepada remaja. Hal tersebut dapat menjadi tindak lanjut dari tingginya angka depresi dan risiko bunuh diri pada remaja di Kota Makassar, misalnya dengan berkolaborasi dengan pihak puskesmas dan bimbingan konseling di sekolah. Selain itu, penelitian selanjutnya juga dapat dikaji lebih lanjut mengenai faktor-faktor yang menyebabkan ide bunuh diri pada remaja.

DAFTAR PUSTAKA

Al-Qur'an dan Terjemahnya

- AFSP. (2016). *Suicide Statistics from American Foundation for Suicide Prevention*. Retrieved from <https://afsp.org/about-suicide/suicide-statistics/>
- Agustriyana, N. A. (2017). Fully Human Being Pada Remaja Sebagai Pencapaian Perkembangan Identitas. *Jurnal Bimbingan Konseling Indonesia*, 2(1), 9–11. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/320717909_FULLY_HUMAN_BEING_PADA_REMAJA_SEBAGAI_PENCAPAIAN_PERKEMBANGAN_IDENTITAS
- American Association of Suicidology. (2014). *Depression and Suicide Risk*. Amerika Serikat. Retrieved from <https://www.suicidology.org/portals/14/docs/resources/factsheets/2011/depression-suicide2014.pdf>
- Assana, S., Laohasiriwong, W., & Rangseekajee, P. (2017). Quality of Life , Mental Health and Educational Stress of High School Students in the Northeast of Thailand. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 11(8), 1–6. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2017/29209.10429>
- Aulia, N. (2016). *Analisis Hubungan Faktor Risiko Bunuh Diri dengan Ide Bunuh Diri pada Remaja di Kota Rengat Kabupaten Indragiri Hulu Tahun 2016*. Universitas Andalas.
- Baggio, L., Palazzo, L. S., & Aerts, D. R. G. de C. (2009). Suicide Planning Among Teenage Students: Prevalance and Associated Factors, 25(1), 142–150. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n1/15.pdf>
- Bantjes, J., Lemmi, V., Coast, E., Channer, K., Leone, T., McDaid, D., ... Lund, C. (2016). Poverty and Suicide Research in Low- and Middle-Income Countries: Systematic Mapping of Literature Published in English and A Proposed Research Agenda. *Global Mental Health*, 3. <https://doi.org/10.1017/gmh.2016.27>
- Basak, A. K., & Chatterjee, T. (2016). Structural and Neurochemical Alterations in Brain Regions of Depression and Suicide Patients. *Clinical Depression*, 2(3). <https://doi.org/10.4172/2572-0791.1000117>

- Basu, G., & Biswas, S. (2017). Mental Health and Depression Among School Going Adolescents : Excerpts from a School based Study of Nadia District , West Bengal. *Asian Journal of Medical Sciences*, 8(5). <https://doi.org/10.3126/ajms.v8i5.17499>
- BinDhim, N. F., Shaman, A. M., Basyouni, M. H., Trevena, L., Pont, L. G., & Alhawassi, T. M. (2015). Depression Screening via A Smartphone App : Cross-Country User Characteristics and Feasibility. *Journal of The American Medical Informatics Association*, 22(1), 29–34. <https://doi.org/https://doi.org/10.1136/amiajnl-2014-002840>
- BPS Kota Makassar. (2015). *Makassar dalam Angka 2015*. Indonesia. Retrieved from <https://makassarkota.bps.go.id/publication/2015/12/07/8a96de1a071d6cfe4ea418e1/kecamatan-makassar-dalam-angka-2015.html>
- BPS Kota Makassar. (2017). *Kota Makassar dalam Angka 2017*. Indonesia. Retrieved from <https://makassarkota.bps.go.id/publication/2017/08/17/fd1f693590464095a91ae5ad/kota-makassar-dalam-angka-2017.html>
- BPS Sul Sel. (2016). Jumlah Penduduk Kota Makassar Menurut Kecamatan Tahun 2016. Retrieved from <https://makassarkota.bps.go.id/statictable/2017/04/26/6/jumlah-penduduk-kota-makassar-menurut-kecamatan-tahun-2016.html>
- Bramley, D. (2016). Preventing Suicide A Community Engagement Toolkit: Pilot Version 1.0. World Health Organization. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252071/1/WHO-MSD-MER-16.6-eng.pdf?ua=1>
- Cash, S. J., & Bridge, J. A. (2010). Epidemiology of Youth Suicide and Suicidal Behavior, 21(5), 613–619. <https://doi.org/10.1097/MOP.0b013e32833063e1.Epidemiology>
- Corpuz, J. (2014). 8 Suicide Prevention Apps. Retrieved from <https://www.tomsguide.com/us/suicide-prevention-apps,review-2397.html>
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297–334. <https://doi.org/10.1007/BF02310555>
- Curtis, A. C. (2015). Defining Adolescence. *Journal of Adolescent and Family Health*, 7(2). Retrieved from <https://scholar.utc.edu/jafh/vol7/iss2/2>
- Educational Psychology Service Section. (2017). *An eBook on Student Suicide for*

Schools : Early Detection , Intervention & Postvention (EDIP). Bureau: Educational Psychology Service Section Special Education Division.

- Grasroots Suicide Prevention. (2016). Stay Alive App: Content Pack. Retrieved from [http://www.prevent-suicide.org.uk/downloads/Stay Alive App - Content Pack December 2016.pdf](http://www.prevent-suicide.org.uk/downloads/Stay%20Alive%20App%20-%20Content%20Pack%20December%202016.pdf)
- Gray, B. P., & Dihigo, S. K. (2015). Suicide Risk Assessment in High-Risk Adolescents. *The Nurse Practitioner*, 40(9).
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. R. (2013). *The Practice of Nursing Research Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence* (Seventh Edition). Elsevier.
- Hidayat, A. A. A. (2008). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Ibrahim, N., Sidik, S. M., Kar, P. C., Psy, M., Mukhtar, F., Awang, H., ... Ghaffar, A. (2017). Prevalence and Predictors of Depression and Suicidal Ideation Among Adolescents Attending Government Secondary Schools in Malaysia. *Medical Journal Malaysia*, 72(4), 221–227.
- Joe, S., & Bryant, H. (2010). Evidence-Based Suicide Prevention Screening in Schools. *Child School*, 29(4), 219–227. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2992338/>
- John Wiley & Sons. (2000). *Rumus Sample Survey*. World Health Organization.
- Kaur, J., Man, C. S., Kaur, G., Manickam, M. A., Intake, P. S., To, S., ... Programme, R. (2014). Prevalence and Correlates of Depression Among Adolescents in Malaysia. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 26(55). <https://doi.org/10.1177/1010539514544356>
- Kemenag RI. (2018). Tafsir Al-Quran Surah Al-Kahfi. Retrieved from <http://quran.kemenag.go.id/index.php/tafsir/2/18/6>
- Kementerian Kesehatan RI. (2015). *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Retrieved from <http://www.depkes.go.id/resources/download/info-publik/Renstra-2015.pdf>
- Kieling, H. B.-H., M, B., G, C., I, E., O, O., ... A, R. (2011). Child and Adolescent Mental Health Worldwide: Evidence for Action. *Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60827-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60827-1)
- King, K. A., & Vidourek, R. A. (2012). Teen Depression and Suicide: Effective

- Prevention and Intervention Strategies. *The Prevention Researcher*, 19(4), 15–18.
- Kutcher, S. (2009). Guide to Understanding Adolescent Major Depressive Disorder. Canada: Sun Life Financial. Retrieved from www.teenmentalhealth.org
- Larsen, M. E., Nicholas, J., & Christensen, H. (2016). A Systematic Assessment of Smartphone Tools for Suicide Prevention. *PLoS ONE*, 11(4), 1–14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152285>
- Lawrence, D., Johnson, S., Hafekost, J., Haan, K. B. de, Sawyer, M., Ainley, J., & Zubrick, S. R. (2015). *The Mental Health of Children and Adolescents*. Australia. Retrieved from [https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/9DA8CA21306FE6EDCA257E2700016945/\\$File/child2.pdf](https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/9DA8CA21306FE6EDCA257E2700016945/$File/child2.pdf)
- LeBlanc, J., Almudevar, A., Brooks, S., & Kutcher, S. (2002). Screening for Adolescent Depression: Comparison of The Kutcher Adolescent Depression Scale with The Beck Depression Inventory. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 12(2), 113–26.
- Lingasari, Y. (2015). Menyoal Kasus Bunuh Diri di Indonesia. Retrieved from <https://www.cnnindonesia.com/nasional/20150911165128-20-78152/menyoal-kasus-bunuh-diri-di-indonesia/>
- Lutfi, Muhtar. (2018). Perbedaan Bunuh Diri dalam Islam.
- Luxton, D. D., June, J. D., & Chalker, S. A. (2015). Mobile Health Technologies for Suicide Prevention : Feature Review and Recommendations for Use in Clinical Care. *Current Treat Options Psych*, 2, 349–362. <https://doi.org/10.1007/s40501-015-0057-2>
- Macleod, E., Beautrais, A., Shave, R., & Jordan, V. (2015). Primary Prevention of Suicide and Suicidal Behaviour for Adolescents in School Settings (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007322.pub2>. www.cochranelibrary.com
- Magklara, K., Bellos, S., Niakas, D., Stylianidis, S., & Kolaitis, G. (2015). Depression in Late Adolescence : A Cross- Sectional Study in Senior High Schools in Greece. *MBC Psychiatry*, 15(199), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0584-9>
- Masango, Rataemane, & Motojesi. (2008). Suicide and Suicide Risk Factors : A Literature Review. *CPD Article*, 50(6), 25–29. Retrieved from <file:///C:/Users/windows8/Downloads/1302-4836-1-PB.pdf>

- Misra, S. (2017). *We Need to Talk About Suicide*. Retrieved from <http://beaconlens.com/wp-content/uploads/2017/02/Beacon-Zero-Suicide-White-Paper.pdf>
- Moeleok, N. F. (2016). Bonus Demografi dan Investasi pada Pembangunan Kesehatan dan Gizi. *Kementerian Kesehatan*, pp. 1–3. Retrieved from www.kemkes.go.id
- National Institute of Mental Health. (2015). *Depression: What You Need to Know*. Bethesda, MD: U.S. Government Printing Office. Retrieved from https://www.nimh.nih.gov/health/publications/depression-what-you-need-to-know/depression-what-you-need-to-know-pdf_151827.pdf
- National Institute of Mental Health. (2016). *Depression Basics*. Retrieved from https://www.nimh.nih.gov/health/publications/depression/depressionbasics-508-01112017_150043.pdf
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30(1), 133–154. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxn002>
- Nursalam. (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan* (2nd ed.). Jakarta: Salemba Medika.
- Opong, K., Kugbey, N., Osafo, J., Quarshie, E. N., & Owusu, J. (2017). SSM - Population Health The prevalence and correlates of suicidal behaviours (ideation , plan and attempt) among adolescents in senior high schools in Ghana. *SSM - Population Health*, 3(February), 427–434. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2017.05.005>
- Pena, J., & Caine, E. (2006). Screening As An Approach for Adolescent Suicide Prevention. *Suicide Life Threat Behavior*, 36(6). <https://doi.org/10.1521/suli.2006.36.6.614>
- Pieter, H. Z., & Lubis, N. L. (2012). *Pengantar Psikologi Dalam Keperawatan*. Jakarta: Kencana Prenada Media Grup.
- Posner, K., Brent, D., Lucas, C., Gould, M., Stanley, B., Brown, G., ... Mann, J. (2008). *Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)*. Columbia: The Research Foundation for Mental Hygiene.
- Pratiwi, J., & Undarwati, A. (2014). Suicide Ideation pada Remaja di Kota Semarang. *Development and Clinical Psychology*, 3(1), 24–34.
- Rasyid, M. R. (2015). *Psikologi Perkembangan*. Makassar: Alauddin University Press.

- Retnowati, S. (2011). remaja_dan_permasalahannya. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada. Retrieved from https://scholar.google.co.id/scholar?cluster=8646404116774147459&hl=en&as_sdt=2005&scioldt=0,5
- Setiadi. (2007). *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan* (Edisi I). Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Shain, B. (2016). Suicide and Suicide Attempts in Adolescents. *American Academy of Pediatrics*, 138(1). <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1420>
- Sousa, V. D., & Rojjanasrirat, W. (2011). Translation , Adaptation and Validation of Instruments or Scales for Use in Cross-Cultural Health Care Research : A Clear and User-Friendly Guideline. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17, 268–274. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x>
- Subramani, & Kadhiravan. (2017). Academic Stress and Mental Health Among High School Students Academic Stress and Mental Health Among High School Students. *Indian Journal of Applied Research*, 7(5), 2–5. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/321572693_Academic_Stress_and_Mental_Health_Among_High_School_Students
- Sunaryo. (2004). *Psikologi Untuk Keperawatan* (2nd ed.). Jakarta: EGC.
- Tafsir Learn Quran. (2018). Learn Quran Tafsir. Retrieved from <https://tafsir.learn-quran.co/id/search#>
- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S., & Thapar, A. K. (2012). Depression in Adolescence. *NHS Public Access*, 379(9820), 16–18. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60871-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60871-4)
- The Adolescent Depression Awareness Program. (2010). *Adolescent Depression*. Amerika Serikat. Retrieved from https://www.hopkinsmedicine.org/psychiatry/specialty_areas/moods/ADAP/docs/ADAP-Booklet_FINAL.pdf
- The Irish Association of Suicidologi. (2016). *Depression in Teenagers*. Amerika Serikat. Retrieved from <http://www.ias.ie/wp-content/uploads/2016/08/Teen-depression.pdf>
- The Mental Health Recovery Institute. (2017). *The 13 Suicide Warning Signs: A Guide for Managers*. Australai: The Mental Health Recovery Institute. Retrieved from www.mhri.com.au

- Tomb, D. A. (2003). *Buku Saku Psikiatri* (6th ed.). Jakarta: EGC.
- Torre, I. de la, Castillo, G., & Franco, M. A. (2017). Mobile Apps for Suicide Prevention: Review of Virtual Stores and Literature. *JMIR Mhealth Uhealth*, 5(10). Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5654733/>
- Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and Suicidal Behaviour. *The Lancet*, 387(10024), 1227–1239. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2)
- Unicef. (2011). *Adolescence An Age of Opportunity*. Retrieved from https://www.unicef.org/adolescence/files/SOWC_2011_Main_Report_EN_02092011.pdf
- Vinas, F., Canals, J., Gras, M. E., & Ros, C. (2002). Psychological and Family Factors Associated with Suicidal Ideation in Pre-Adolescents. *Cambridge University Press*, 5(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.1017/S1138741600005795>
- WHO. (2014). *Preventing Suicide: A Global Imperative*. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf
- WHO. (2016). *Suicide*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/>
- WHO. (2017a). *Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates*. Geneva, Switzerland. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
- WHO. (2017b). *Suicide: Key Facts*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/>
- WHO Region. (2017). *Global Health Observatory data repository*. Retrieved from <http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHSUICIDEASDR?lang=en>
- WHO SEARO. (2017). *Mental Health Status of Adolescents in South-East Asia : Evidence for Action*. WHO Regional Office for South-East Asia.
- Yeomans, C., & Christensen, H. (2016). *Youth Mental Health Report*. Australia. Retrieved from https://blackdoginstitute.org.au/docs/default-source/research/evidence-and-policy-section/2017-youth-mental-health-report_mission-australia-and-black-dog-institute.pdf?sfvrsn=6
- Yurisa, W. (2008). *Etika Penelitian Kesehatan*. Riau: Fakultas Kedokteran Universitas Riau.

Ziaei, R., Viitasara, E., Soares, J., Sadeghi-bazarghani, H., Dastgiri, S., Zeinalzadeh, A. H., ... Mohammadi, R. (2017). Suicidal Ideation and Its Correlates Among High School Students in Iran : A Cross- Sectional Study. *BMC Psychiatry*, 17, 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1298-y>



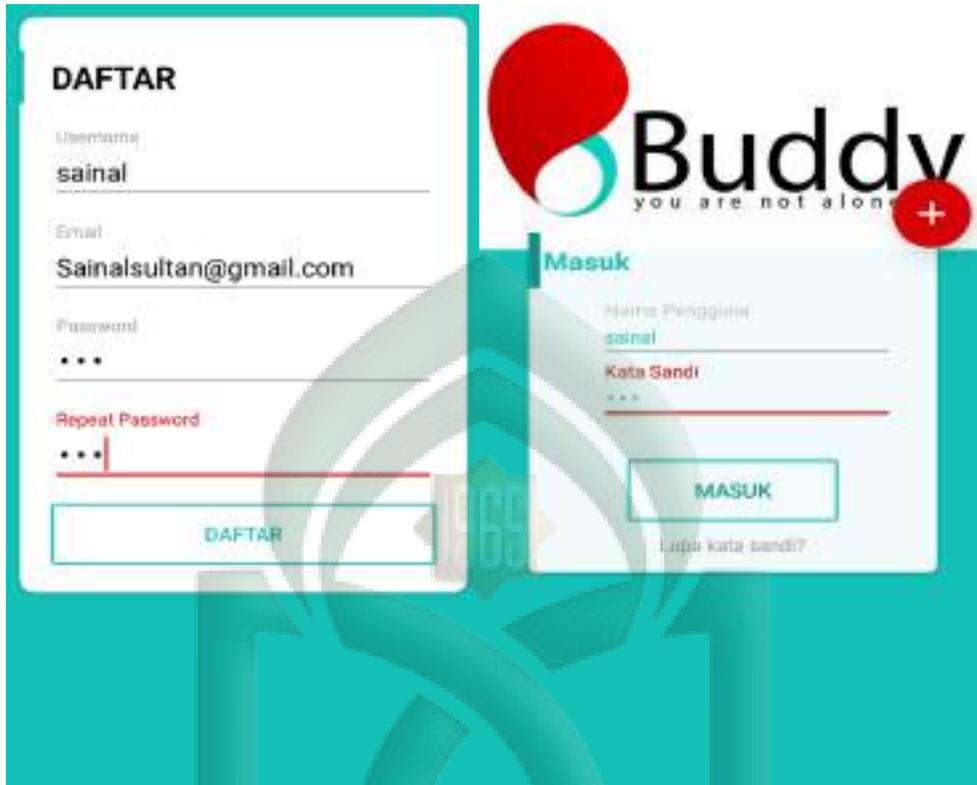
LAMPIRAN

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI
ALAUDDIN
M A K A S S A R

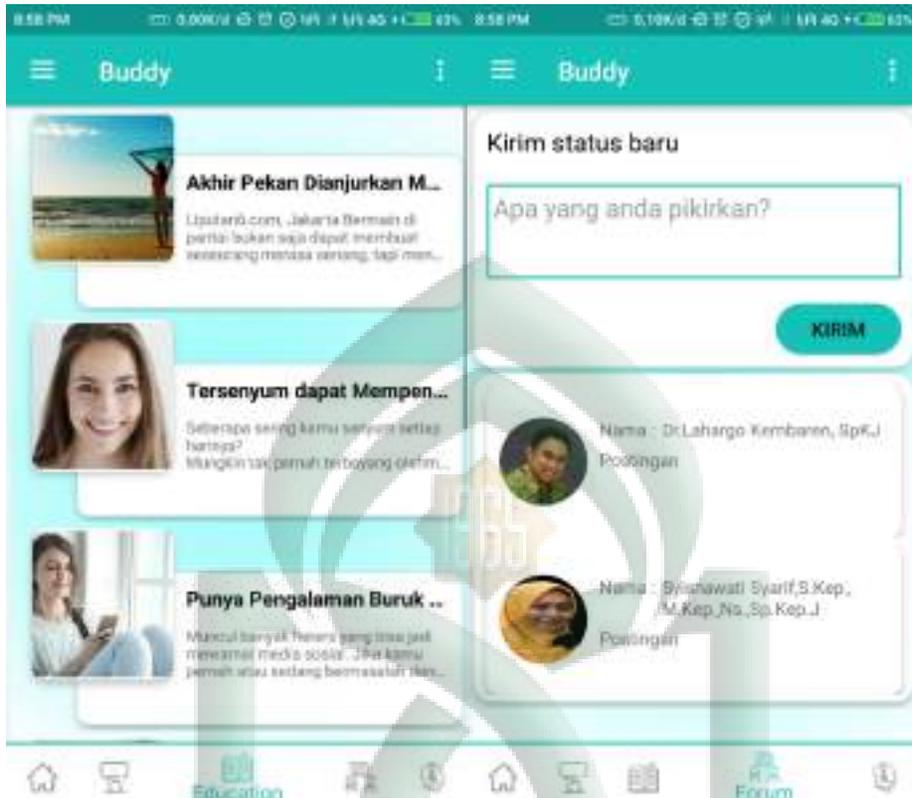
Lampiran I
Gambaran Utama Buddy App



UNIVERSITAS ISLAM NEGERI
ALAUDDIN
M A K A S S A R







Buddy Buddy

INFORMASI PELAPOR :

Nama

Alamat

No. Telepon

Hubungan anda dengan penderita

Keluhan apa yang anda lihat pada penderita

INFORMASI YANG DILAPOR :

Nama

Alamat

No Telepon

Keluhan apa yang dirasakan saat ini pada penderita

Buddy Telepon Konselor

Telephone Video Call

Chat Rumah Sakit Terdekat

Kunjungan Rumah Deteksi

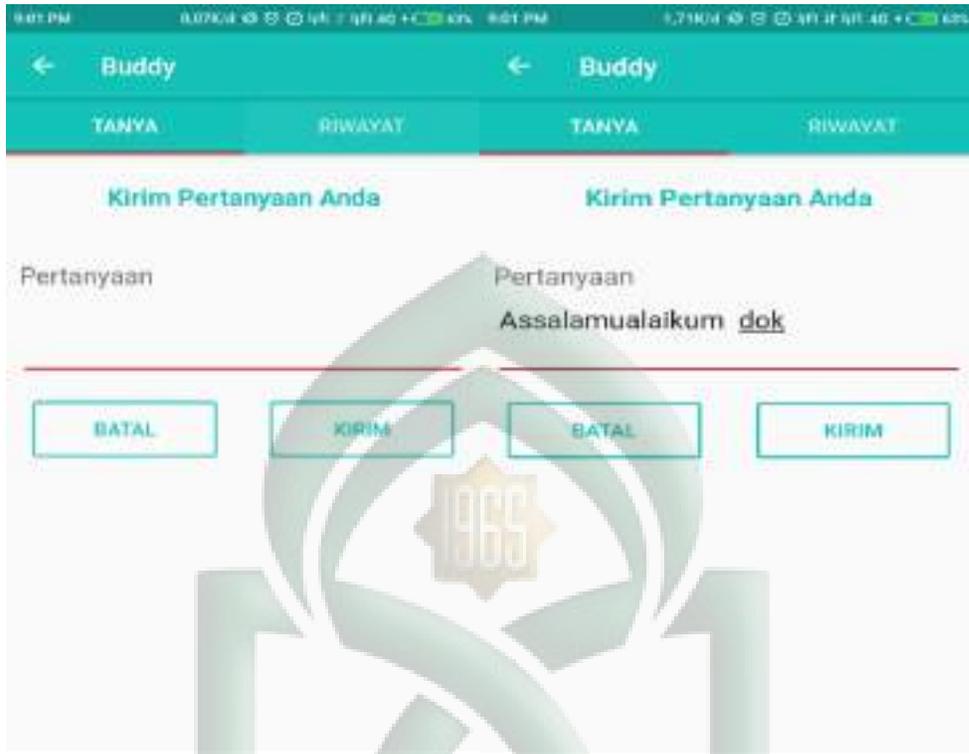
Dr. Lahargo Kembaren, SpKJ
08126536219

Brahmawati Bryan, S.Kep., M.Kep., Ns., Sp. Kep. J
085242278992

Andi Diani Djarlah, S.Psi
085522220321

Riska Aprilia Yuzertho, S.Psi
085049622303

Konsultasi



LAYANAN KUNJUNGAN RUMAH

Keluhan

Selalu di bully

Alamat

Makassar

No. Telp

085255111222

KIRIM

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI

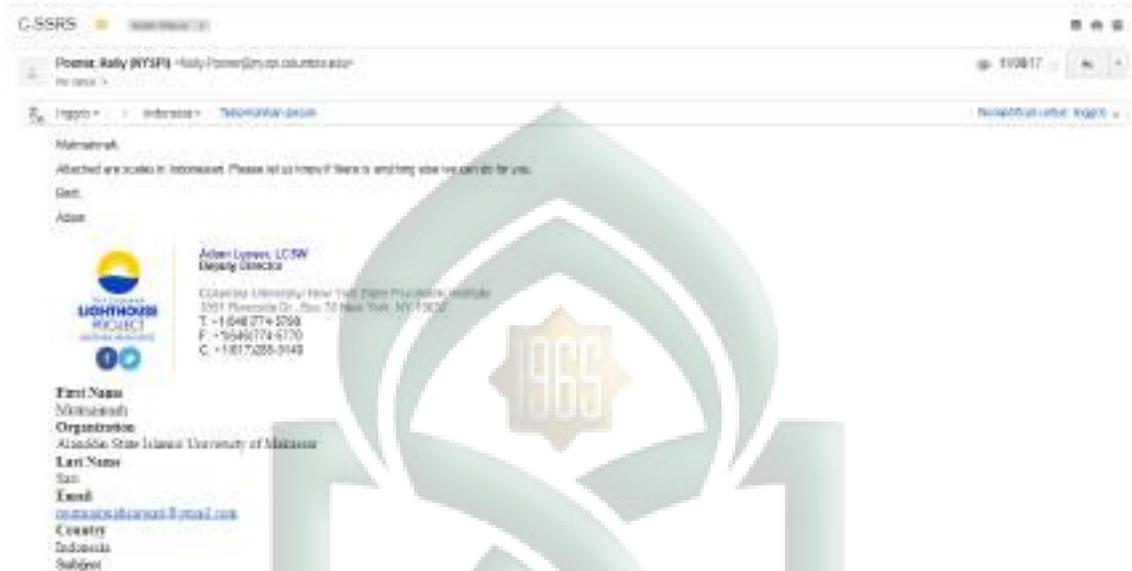
ALAUDDIN

MAKASSAR

Lampiran 2

Korespondensi Izin Penggunaan Instrumen

Korespondensi Izin Penggunaan Instrumen CSSRS



Korespondensi Izin Penggunaan Instrumen KADS



Lampiran 3

Penentuan Besar Sampel dengan Menggunakan Aplikasi *Sample Size*

The screenshot shows a software window titled "Perform Estimation" with a close button in the top right corner. The window is divided into two main sections: "Please select the desired unknown:" and "Please enter the remaining values:". In the first section, "Sample size" is selected with a radio button. In the second section, the following values are entered: 1 - α = 95, P = 0.26, d = 0.05, ε = 0.192307692307, N = 7557, and n = 285. The value 285 is circled in red. Below the input fields, the formula for sample size calculation is displayed:
$$n = \frac{z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)N}{d^2(N-1) + z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)}$$
 To the right of the formula are three buttons: "Print", "Help", and "Close".

Lampiran 4

Instrumen CSSRS (Deteksi Risiko Bunuh Diri)

Instrument Deteksi Buddy			
Tanyakan pertanyaan 1 dan 2	Ya	Tidak	
1. Apakah anda pernah berharap ingin mati atau anda memiliki keinginan untuk tidur dan berharap tidak akan pernah terbangun lagi?			
2. Apakah anda pernah memiliki pikiran/ rencana untuk bunuh diri? (Hanya sebatas pemikiran saja tanpa memikirkan cara melakukan bunuh diri)			
Keterangan: a. Jika Jawaban YA dari 2 pertanyaan diatas, tanyakan pertanyaan 3, 4, 5 dan 6 b. Jika Jawaban Tidak dari salah satu atau dua pertanyaan diatas, tanyakan langsung ke pertanyaan 6			
3. Apakah Anda pernah memikirkan tentang bagaimana cara anda bunuh diri?			
4. Apakah anda memiliki keinginan yang kuat untuk melakukan bunuh diri?			
5. Pernahkah Anda mulai menyusun atau telah menyusun secara rinci tentang bagaimana anda akan bunuh diri? Apakah Anda berniat untuk melaksanakan rencana ini?			
6. Pernahkah Anda melakukan percobaan bunuh diri atau mempersiapkan sesuatu untuk membunuh diri Anda (misalnya mengumpulkan pil, mengambil pistol, memberikan barang berharga kepada orang lain atau menulis pesan bunuh diri)?			
Jika Ya: apakah terjadi dalam 3 bulan terakhir?			

Lampiran 5

Instrumen KADS Indonesian Version (Tingkat Depresi Remaja)

Item Kutcher Skala Tingkat Depresi Masa Remaja: KADS

Nama:

Tanggal:

Selama sepekan terakhir, seberapa rutin kamu mengalami hal-hal sebagai berikut:

- a. Bosan, sedih, merasa tertekan dan tidak bisa diganggu
- a) Tidak Pernah b) Kadang-Kadang c) Sering d) Selalu
- b. Merasa tidak berharga, putus asa, mengecewakan orang-orang, bukan orang baik
- a) Tidak Pernah b) Kadang-Kadang c) Sering d) Selalu
- c. Merasa lelah, letih, kurang energi, sulit termotivasi, membutuhkan tekanan untuk menyelesaikan sesuatu, ingin terus bersantai
- a) Tidak Pernah b) Kadang-Kadang c) Sering d) Selalu
- d. Merasa hidup tidak menyenangkan, tidak merasa baik seperti biasanya, tidak merasakan kesenangan dari sesuatu yang menyenangkan seperti biasanya
- a) Tidak Pernah b) Kadang-Kadang c) Sering d) Selalu
- e. Merasa khawatir, gugup, panik, tegang, merasa diawasi, cemas
- a) Tidak Pernah b) Kadang-Kadang c) Sering d) Selalu
- f. Berpikir, berencana atau tindakan yang berkeinginan untuk bunuh diri atau melukai diri sendiri
- a) Tidak Pernah b) Kadang-Kadang c) Sering d) Selalu

Lampiran 6
Uji Validitas Instrumen KADS

Correlations

		Bosan	Tidak Berharga	Lelah	Hidup Tidak Menyenangkan	Khawatir	Bunuh Diri	total
Bosan	Pearson Correlation	1	.619**	.542**	.481**	.321	.143	.773**
	Sig. (2-tailed)		.000	.002	.007	.240	.450	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30
Tidak Berharga	Pearson Correlation	.518**	1	.514**	.521**	.520**	.380**	.872**
	Sig. (2-tailed)	.003		.004	.003	.003	.038	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30
Lelah	Pearson Correlation	.542**	.514**	1	.310	-.071	.172	.695**
	Sig. (2-tailed)	.002	.004		.095	.710	.365	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30
Hidup Tidak Menyenangkan	Pearson Correlation	.481**	.521**	.310	1	.175	.348**	.709**
	Sig. (2-tailed)	.007	.003	.095		.355	.002	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30
Khawatir	Pearson Correlation	.321	.520**	-.071	.175	1	.137	.459**
	Sig. (2-tailed)	.240	.003	.710	.355		.471	.011
	N	30	30	30	30	30	30	30
Bunuh Diri	Pearson Correlation	.143	.380**	.172	.348**	.137	1	.457**
	Sig. (2-tailed)	.450	.038	.365	.002	.471		.011
	N	30	30	30	30	30	30	30
total	Pearson Correlation	.773**	.872**	.695**	.709**	.459**	.457**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.011	.011	
	N	30	30	30	30	30	30	30

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Bosan	8.70	5.114	.621	.674
Tidak Berharga	8.97	4.447	.761	.621
Lelah	8.37	5.137	.462	.732
Hidup Tidak Menyenangkan	9.13	5.637	.557	.696
Khawatir	9.10	6.645	.267	.765
Bunuh Diri	9.73	7.237	.381	.754

Uji Reliabilitas

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.750	6

Lampiran 7

Tampilan Kuesioner Online Google Form

INSTRUMENT DETEKSI "DEPRESI" REMAJA

Assalamualaikum WR.WB

Dengan hormat,

Saya yang beridentitas di bawah ini, mahasiswa Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar:

Nama : MUTMAINNAH SARI

NIM : 70300114023

Bermaksud mengadakan penelitian dengan judul "Analisis Hubungan Depresi Dengan Deteksi Risiko Bunuh Diri Menggunakan Buddy APP Pada Remaja Di Wilayah Kota Makassar". Untuk terlaksananya kegiatan penelitian tersebut, Saya mohon kesediaan Saudara untuk berpartisipasi dengan cara mengisi kuesioner berikut. Jawaban Saudara akan

Saya jamin kerahasiaannya dan hanya akan digunakan untuk kepentingan penelitian. Apabila Saudara berkenan mengisi kuesioner yang terlampir, mohon kiranya Saudara terlebih dahulu bersedia menyetujui kesediaan menjadi responden (informed consent).

Demikianlah permohonan Saya, atas perhatian serta kerjasama Saudara dalam penelitian ini, Saya ucapkan terimakasih.

Wassalamualaikum WR. WB.

* Wajib

Apakah Anda Bersedia menjadi Responden? *

Ya, Saya Bersedia

Tidak Bersedia

BERIKUTNYA

Jangan pernah mengirimkan sandi melalui Google Formulir.

INSTRUMENT DETEKSI "DEPRESI" REMAJA

PETUNJUK PENGISIAN KUESIONER

1. Mohon untuk membaca pertanyaan dan menjawab pertanyaan dengan teliti
2. Mohon untuk menjawab seluruh pertanyaan, karena jika tidak lengkap maka data tidak akan dapat diolah
3. Mohon untuk menjawab pertanyaan dengan sebenar-benarnya, karena respon yang sebenar-benarnya sangat berarti bagi peneliti dan kevalidan penelitian
4. Pertanyaan ini merupakan pertanyaan yang berkaitan dengan kondisi yang sedang/penderita alami, mohon dijawab dengan penuh kejujuran.

KEMBALI

BERIKUTNYA

Jangan pernah mengirimkan sandi melalui Google Formulir.

Lampiran 8
Lembar Keputusan Lolos Uji Etik



UNIVERSITAS ISLAM NEGERI ALAUDDIN MAKASSAR
KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN

Jember 1, Jl. Sultan Alauddin No. 42, Telp. (0411) 844014 Fax. (0411) 844015 Anderson
 Kampus 1, Jl. H.A. Hassanudin, No. 38 Telp. (0411) 841070 Fax (0411) 8221489 Sampora, Gowa

LEMBAR KEPUTUSAN

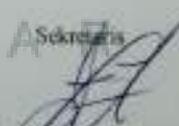
Nomor: A.007/KPEPK/FKIK/VIII/2018
 Judul Penelitian: Analisis Hubungan Depresi Dengan Deteksi Risiko Bunuh Diri Menggunakan Body APP Pada Remaja di Wilayah Kota Makassar
 Nama Peneliti: **Muthaiminah Sari**
 No. Register: **E I N A M I R D R O O O ?**

A	Ringkasan penelitian oleh reviewer terlampir
B	Perlu ditinjau? <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak a. Ya (terus ke C) b. Tidak (terus ke D)
C	Catatan Rapat Etik (jika sesuai) Tgl/bulan/tahun Tindak Lanjut/Catatan Rapat Etik Dikirimkan kembali ke yang bersangkutan dengan tembusan ke pimpinan instansi
D	Hasil Penilaian <input checked="" type="checkbox"/> a. Disetujui <input type="checkbox"/> b. Disetujui dengan revisi minor (lihat lembar pertimbangan / saran / petunjuk) <input type="checkbox"/> c. Disetujui dengan revisi mayor (lihat lembar pertimbangan / saran / petunjuk) <input type="checkbox"/> d. Ditunda untuk beberapa alasan (lihat lembar pertimbangan / saran / petunjuk) <input type="checkbox"/> e. Ditolak / Tidak dapat disetujui (lihat lembar pertimbangan / saran / petunjuk)
E	Pengawasan/pengawasan jalannya penelitian di lapangan untuk yang bernilai sedang - berat, mengobservasi apakah ada penyimpangan etik (tulis nama anggota komite etik yang ditunjuk oleh rapat): Dr. dr. H. Anifl Armyin Nurdin, M.Sc.

Makassar, 3 Agustus 2018



Dr. dr. H. Anifl Armyin Nurdin, M.Sc.
 NIP. 195502011941121001



Muh. Fitrah, S.Pi., M.Farm., Apt.
 NIP. 198008112009011007

Lampiran 10

Surat Izin: Badan Kesatuan Bangsa dan Politik

 **PEMERINTAH KOTA MAKASSAR**
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
Jalan Ahmad Yani No.2 Makassar 90111
Telp +62411 - 3515957 Fax +62411 - 3515957
Email: kesbang@makassar.go.id Home page: <http://www.makassar.go.id> 

Makassar, 17 Juli 2018

Kepada
Yth. KEPALA DINAS PENDIDIKAN
KOTA MAKASSAR

Nomor: 070 / 754 / -WBKBP/VII/2018
Sifat: Izin Penelitian
Perihal: Izin Penelitian

Di -
MAKASSAR

Dengan Hormat,
Menunjuk Surat dan Kepala Dinas Koordinasi Penanaman Modal Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Nomor : 2634/S.01/PTSP/2018 Tanggal 13 Juli 2018. Perihal tersebut di atas, maka bersama ini disampaikan kepada Bapak bahwa:

NAMA	MUTMAINNAH SARI
NIM/Jurusan	70300114023 / Keperawatan
Pekerjaan	Mahasiswa (S1) UIN
Alamat	Jl. St. Alauddin No.83, Makassar
Judul	"ANALISIS HUBUNGAN DEPRESE DENGAN RISIKO BUNUH DIRIMENGGUNAKAN BUDDY APP PADA REMAJA DI WILAYAH KOTA MAKASSAR "

Bermaksud mengadakan *Penelitian* pada Instansi / Wilayah Bapak, dalam rangka *Penyusunan Skripsi* sesuai dengan judul di atas, yang akan dilaksanakan mulai tanggal 17 Juli s/d 16 Agustus 2018.

Sehubungan dengan hal tersebut, pada prinsipnya kami dapat menyetujui dengan memberikan surat rekomendasi izin penelitian ini dan harap diberikan bantuan dan fasilitas seperlunya.

Demikian disampaikan kepada Bapak untuk dimaklumi dan selanjutnya yang bersangkutan melaporkan hasilnya kepada Walikota Makassar Cq. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik.


WALIKOTA MAKASSAR
KEPALA BADAN KESBANG DAN POLITIK
RABID HUBUNGAN ANTAR LEMBAGA
Drs. IRISAN JAM R. PAWELLERI, M.AP
Pangreh - Pambina
NIP : 19621110 198503 1 042

Tembusan :

1. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Prov. Sul – Sel. di Makassar;
2. Kepala Unit Pelaksana Teknis P2T Badan Koordinasi Penanaman Modal Daerah Prov. Sul Sel di Makassar;
3. Dekan Fak. Kedokteran & Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar di Makassar;
4. Mahasiswa yang bersangkutan;
5. Arsip

Lampiran 11

Surat Izin Penelitian: Dinas Pendidikan Provinsi SUL-SEL


PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI SELATAN
DINAS PENDIDIKAN
Jl. Prof. Dr. H. M. Bahri, Makassar, Sulawesi Selatan 90257, 90263, Telp. 0411-5000000

Makassar, 30 Juli 2018

No. Surat: 867/SP/PTK-FAS/DIRDIDIK
Lampiran: 1
Perihal: **Izin Penelitian**

Kepada:
Yth. Kepala SMA NEGERI 11 MAKASSAR
di Makassar

Dengan hormat, berdasarkan surat Kepala Dinas Pendidikan dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Sulawesi Selatan No. 3634/S.013/PTSP/2018 tanggal 13 Juli 2018 Perihal Izin Penelitian oleh Mahasiswa tersebut dibawah ini:

Nama	MUTMAJINAH SARI
Nomor Pokok	70300134973
Program Studi	Kepustakaan
Pekerjaan / Lembaga	Mahasiswa (S1) UIN Alauddin Makassar
Alamat	Jl. Sultan Alauddin No. 63, Makassar

Yang bersangkutan bermaksud untuk melakukan penelitian di SMA NEGERI 11 MAKASSAR, dalam rangka penyusunan Skripsi dengan judul:

"ANALISIS HUBUNGAN DEPRESI DENGAN RISIKO BUNUH DIRI MENGGUNAKAN BUDDY APP PADA REMAJA DI WILAYAH KOTA MAKASSAR"

Pelaksanaan : 16 Juli s/d 16 Agustus 2018

Pada Permohonan kami menyetujui dan menyetujui kegiatan tersebut, sepanjang tidak bertentangan dengan ketentuan dan perundang-undangan yang berlaku.
Demikian surat ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

a.n. KEPALA DINAS PENDIDIKAN
KEPALA BIDANG PPTK FASILITASI PAUD,
DIDKAS, DIKTI DAN DIKMAS


MELVIN SALAHUDDIN, SE., M.Pub. & Int.Law, Ph.D.
Pangkat: Pemata Tk. 1
NIP: 19730120 200412 1 002

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI ALAUDDIN MAKASSAR

Terselenggara:

1. Kepala Dinas Pendidikan Prov. Sulsel (sebagai laporan)
2. Kepala Cabang Dinas Pendidikan Wilayah II Makassar-Gowa
3. Paringgal

Lampiran 12

Surat Izin Penelitian: Dinas Pendidikan Kota Makassar

 **PEMERINTAH KOTA MAKASSAR**
DINAS PENDIDIKAN
Jl. Latten Herbaaning No. 8 Telp. (0411) 868073 Faks. 860256 Makassar 90222
Website: <http://www.diklat.makassar.go.id> e-mail: diklat.makassar@yaboo.com



IZIN PENELITIAN
NOMOR : 0700/503/DP/VII/2018

Dasar Surat Kepala Kantor Badan Kesatuan Bangsa Kota Makassar Nomor : 070/7331/UBKSP/VII/2018 Tanggal 17 Juli 2018
Maka Kepala Dinas Pendidikan Kota Makassar

Kepada **MENGIZINKAN**

Nama **MUTMAINNAH SARI**
NIM / Jurusan **70300114023 / Keperawatan**
Pekerjaan **Mahasiswa (S1) UIN**
Alamat **Jl. St. Alauddin No.83, Makassar**

Untuk: Mengadakan Penelitian di Sekolah Kecamatan Tamalate dalam rangka Penyusunan Skripsi di UIN Alauddin Makassar dengan judul penelitian :
"ANALISIS HUBUNGAN DEPRESI DENGAN DETEKSI RISIKO BUNUH DIRI MENGGUNAKAN BUDDY APP PADA REMAJA DI WILAYAH KOTA MAKASSAR KECAMATAN TAMALATE"

Dengan Ketentuan sebagai berikut

1. Harus melapor pada Kepala Sekolah yang bersangkutan
2. Tidak mengganggu proses kegiatan belajar mengajar di Sekolah
3. Harus mematuhi tata tertib dan peraturan di Sekolah yang berlaku
4. Hasil penelitian 1 (satu) ekemplar & laporkan kepada Kepala Dinas Pendidikan Kota Makassar

Demikian izin penelitian ini di berikan untuk di gunakan sebagaimana mestinya

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI
ALAUDDIN
MAKASSAR

Dikeluarkan di Makassar
Pada Tanggal 18 Juli 2018

Pt. Kepala Dinas


Dr. HASBI, M.Pd
Pangkat Pembina Tk.1
NIP 19601228 198403 1 008

Lampiran 13

Surat Keterangan Telah Melaksanakan Penelitian: SMPN 15 Makassar

 **PEMERINTAH KOTA MAKASSAR**
DINAS PENDIDIKAN
SEKOLAH MENENGAH PERTAMA NEGERI 15 MAKASSAR
Nomor 20, Jemberdise, Kawasan Bantemakong, Makassar, Sulawesi Selatan 90114-0110470-0, Email: smpt15n15@pdid.kota-makassar.go.id



SURAT KETERANGAN PENELITIAN
Nomor : 423.1/212/SMPN 15/VII/2018

Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala Sekolah SMP Negeri 15 Makassar Kecamatan Tattulite Kota Makassar menerangkan bahwa:

Nama : **MUTMAINNAR SARI**
NIM : **70300114023**
Program Studi : **Keperawatan**
Fakultas : **Kedokteran Ilmu Kesehatan**
Program : **S1 IHN**

Mengadakan Penelitian pada SMP Negeri 15 Makassar, sehubungan dengan Penyusunan / penyelesaian Skripsi dengan Judul

"ANALISIS HUBUNGAN DEPRESE DENGAN DETEKSI RISIKO BUNUH DIRI MENGGUNAKAN BUDDY APP PADA REMAJA DI WILAYAH MAKASSAR".

Demikian Surat Keterangan Penelitian ini kami buat dengan sebenarnya dan diberikan kepada yang bersangkutan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 18 Juli 2018
Kepala Sekolah

Hani Marlinda, S.Pd, M.Pd
Nip. 197112121995122001

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI
ALAUDDIN
MAKASSAR

Lampiran 14

Surat Keterangan Telah Melaksanakan Penelitian: SMPN 24 Makassar



Lampiran 15

Surat Keterangan Telah Melaksanakan Penelitian: SMAN 11 Makassar

**PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI SELATAN**
DINAS PENDIDIKAN
SEKOLAH MENENGAH ATAS (SMA) NEGERI 11 MAKASSAR
(STATE SENIOR HIGH SCHOOL)
STATUS : ISO 9001:2008
Alamat : Jalan Lelene, Pol. Makya Ombeng Nomor 88 Tallo, Kec. Tallo, Kota Makassar 90221
Website : www.sman11.makassar.go.id Email : sman11@smn11.makassar.go.id



SURAT KETERANGAN
No. : 800.2/159-DP/SMAN 11/VIII/2018

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama	Dra. Hj. MASITA, M.Si.
NIP	19620830 198411 2 001
Pangkat/Gol	Pembina Tk. I, IV/b
Jabatan	Kepala Sekolah SMA Negeri 11 Makassar

Dengan ini menerangkan bahwa:

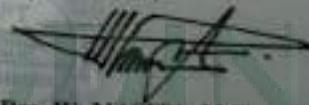
Nama	MUTMAINAH SARI
NIM	70300114023
Instansi	Universitas Islam Negeri (UIN) Alauddin Makassar
Jurusan	Keperawatan
Program Studi	SI (Strata Satu)

Berdasarkan Surat Dinas Pendidikan Nomor : 867/914-P.PTK-FAS/DISDIK Tanggal 30 Juli 2018, yang bersangkutan telah melakukan Penelitian pada SMA Negeri 11 Makassar pada tanggal 1 s.d 3 Agustus 2018 dalam rangka Penyusunan Skripsi dengan judul :

"ANALISIS HUBUNGAN DEPRESI DENGAN RISIKO BUNUH DIRI MENGGUNAKAN BUDDY APP PADA REMAJA DI WILAYAH KOTA MAKASSAR."

Demikian keterangan ini diberikan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

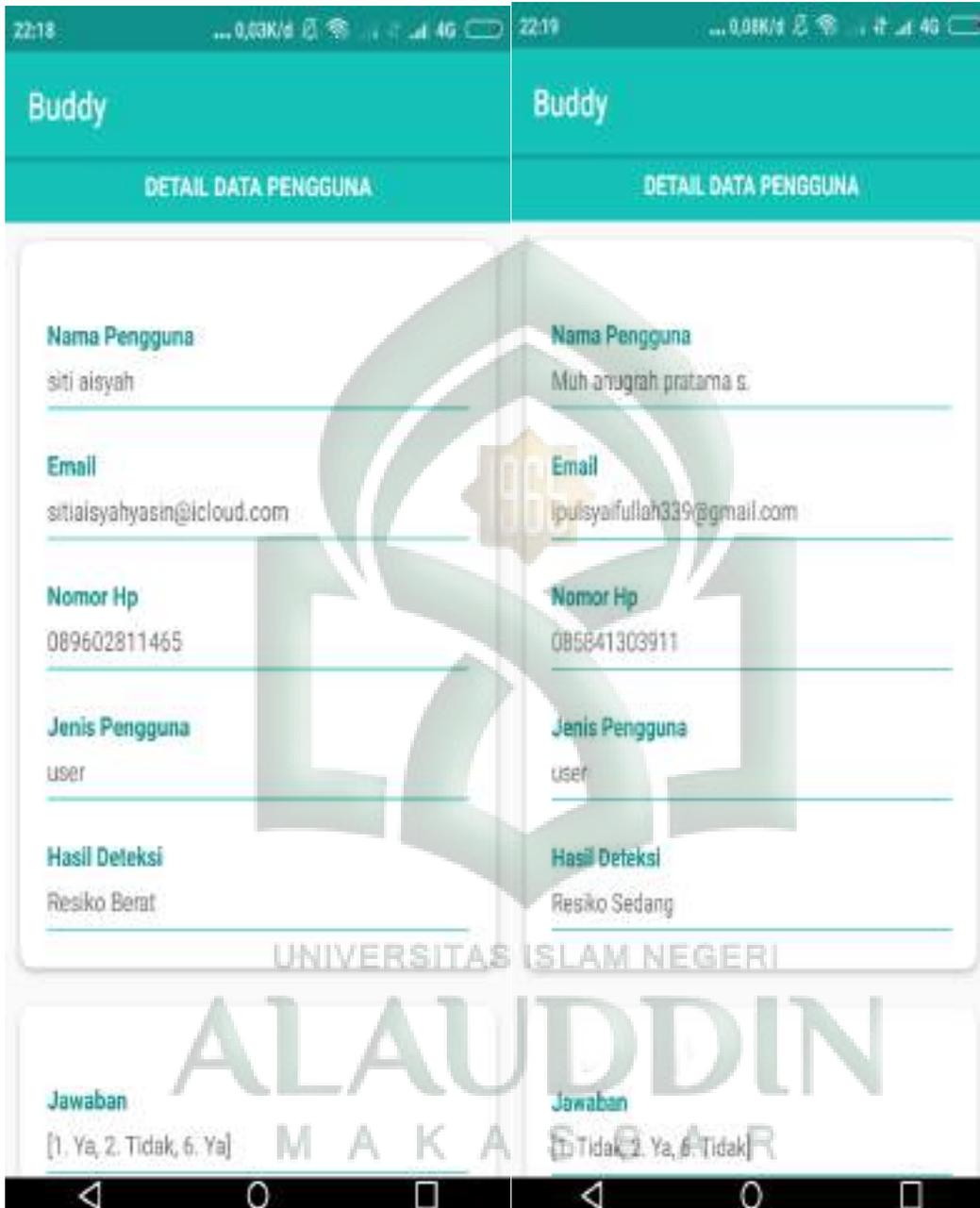
Makassar, 3 Agustus 2018
Kepala Sekolah,


Dra. Hj. MASITA, M.Si.
Pangkat : Pembina Tk. I
NIP: 19620830-198411 2 001

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI ALAUDDIN MAKASSAR

Lampiran 16
Database Buddy App





Lampiran 17
Hasil Pengolahan SPSS
Uji Statistik Karakteristik Responden

Statistics

		JENIS KELAMIN	AGAMA	JENJANG SEKOLAH	ASAL SEKOLAH	USIA
N	Valid	285	285	285	285	285
	Missing	0	0	0	0	0
	Mean	1.62	1.09	1.34	2.03	14.48
	Median	2.00	1.00	1.00	2.00	14.00
	Mode	2	1	1	2	13
	Std. Deviation	.485	.492	.473	.804	1.362
	Minimum	1	1	1	1	13
	Maximum	2	6	2	3	18
	Sum	463	310	381	578	4128

AGAMA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Islam	271	95.1	95.1	95.1
	Kristen Protestan	9	3.2	3.2	98.2
	Katolik	3	1.1	1.1	99.3
	Konghucu	2	.7	.7	100.0
	Total	285	100.0	100.0	

JENJANG SEKOLAH

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SMPN	189	66.3	66.3	66.3
	SMAN	96	33.7	33.7	100.0
	Total	285	100.0	100.0	

JENIS KELAMIN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-Laki	107	37.5	37.5	37.5
	Perempuan	178	62.5	62.5	100.0
	Total	285	100.0	100.0	

ASAL SEKOLAH

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SMPN 15 Makassar	88	30.9	30.9	30.9
	SMPN 24 Makassar	101	35.4	35.4	66.3
	SMAN 11 Makassar	96	33.7	33.7	100.0
	Total	285	100.0	100.0	

USIA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	13	87	30.5	30.5	30.5
	14	80	28.1	28.1	58.6
	15	42	14.7	14.7	73.3
	16	48	16.8	16.8	90.2
	17	25	8.8	8.8	98.9
	18	3	1.1	1.1	100.0
	Total	285	100.0	100.0	

Gambaran Kejadian Depresi Berdasarkan Periode Perkembangan

Periode Perkembangan * Kategori Depresi Crosstabulation

			Kategori Depresi		Total
			Mengalami Depresi	Tidak Mengalami Depresi	
Periode Perkembangan	Remaja Awal	Count	62	105	167
		Expected Count	80.3	86.7	167.0
		% within Periode Perkembangan	37.1%	62.9%	100.0%
	Remaja Akhir	Count	75	43	118
		Expected Count	56.7	61.3	118.0
		% within Periode Perkembangan	63.6%	36.4%	100.0%
Total	Count		137	148	285
	Expected Count		137.0	148.0	285.0
	% within Periode Perkembangan		48.1%	51.9%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	19.354 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	18.310	1	.000		
Likelihood Ratio	19.560	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	19.286	1	.000		
N of Valid Cases	285				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 56.72.

b. Computed only for a 2x2 table

Gambaran Tingkat Risiko Bunuh Diri Berdasarkan Periode Perkembangan

Periode Perkembangan * Kategori BUDI Crosstabulation

			Kategori BUDI				Total
			Risiko Sangat Rendah	Risiko Rendah	Risiko Sedang	Risiko Tinggi	
Periode Perkembangan	Remaja Awal	Count	132	24	5	6	167
		% within Periode Perkembangan	79.0%	14.4%	3.0%	3.6%	100.0%
		% within Kategori BUDI	64.7%	43.6%	35.7%	50.0%	58.6%
		% of Total	46.3%	8.4%	1.8%	2.1%	58.6%
	Remaja Akhir	Count	72	31	9	6	118
		% within Periode Perkembangan	61.0%	26.3%	7.6%	5.1%	100.0%
		% within Kategori BUDI	35.3%	56.4%	64.3%	50.0%	41.4%
		% of Total	25.3%	10.9%	3.2%	2.1%	41.4%
Total	Count	204	55	14	12	285	
	% within Periode Perkembangan	71.6%	19.3%	4.9%	4.2%	100.0%	
	% within Kategori BUDI	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	71.6%	19.3%	4.9%	4.2%	100.0%	

Test Statistics^a

		Kategori BUDI
Most Extreme Differences	Absolute	.180
	Positive	.180
	Negative	.000
Kolmogorov-Smirnov Z		1.499
Asymp. Sig. (2-tailed)		.022

a. Grouping Variable: Periode Perkembangan

Analisis Kejadian Depresi dan Risiko Bunuh Diri pada Remaja

Kategori Depresi * Kategori BUDI Crosstabulation

			Kategori BUDI				
			Risiko Sangat Rendah	Risiko Rendah	Risiko Sedang	Risiko Tinggi	
Kategori Depresi	Mengalami Depresi	Count	65	46	14	12	137
		Expected Count	98.1	26.4	6.7	5.8	137.0
		% within Kategori Depresi	47.4%	33.6%	10.2%	8.8%	100.0%
		% within Kategori BUDI	31.9%	83.6%	100.0%	100.0%	48.1%
	Tidak Mengalami Depresi	Count	139	9	0	0	148
		Expected Count	105.9	28.6	7.3	6.2	148.0
		% within Kategori Depresi	93.9%	6.1%	0.0%	0.0%	100.0%
		% within Kategori BUDI	68.1%	16.4%	0.0%	0.0%	51.9%
Total	Count	204	55	14	12	285	
	Expected Count	204.0	55.0	14.0	12.0	285.0	
	% within Kategori Depresi	71.6%	19.3%	4.9%	4.2%	100.0%	
	% within Kategori BUDI	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Test Statistics^a

		Kategori BUDI
Most Extreme Differences	Absolute	.465
	Positive	.465
	Negative	.000
Kolmogorov-Smirnov Z		3.920
Asymp. Sig. (2-tailed)		.000

a. Grouping Variable: Kategori Depresi

Gambaran Kejadian Depresi dan Risiko Bunuh Diri pada Remaja Awal

Kategori Depresi * Kategori BUDI Crosstabulation

			Kategori BUDI				Total
			Risiko Sangat Rendah	Risiko Rendah	Risiko Sedang	Risiko Tinggi	
Kategori Depresi	Mengalami Depresi	Count	34	17	5	6	62
		% within Kategori Depresi	54.8%	27.4%	8.1%	9.7%	100.0%
		% within Kategori BUDI	25.8%	70.8%	100.0%	100.0%	37.1%
		% of Total	20.4%	10.2%	3.0%	3.6%	37.1%
	Tidak Mengalami Depresi	Count	98	7	0	0	105
		% within Kategori Depresi	93.3%	6.7%	0.0%	0.0%	100.0%
		% within Kategori BUDI	74.2%	29.2%	0.0%	0.0%	62.9%
		% of Total	58.7%	4.2%	0.0%	0.0%	62.9%
Total	Count	132	24	5	6	167	
	% within Kategori Depresi	79.0%	14.4%	3.0%	3.6%	100.0%	
	% within Kategori BUDI	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	79.0%	14.4%	3.0%	3.6%	100.0%	

Test Statistics^a

		Kategori BUDI
Most Extreme Differences	Absolute	.385
	Positive	.385
	Negative	.000
Kolmogorov-Smirnov Z		2.403
Asymp. Sig. (2-tailed)		.000

a. Grouping Variable: Kategori Depresi

Analisis Kejadian Depresi dan Risiko Bunuh Diri pada Remaja Akhir

Kategori Depresi * Kategori BUDI Crosstabulation

			Kategori BUDI				Total
			Risiko Sangat Rendah	Risiko Rendah	Risiko Sedang	Risiko Tinggi	
Kategori Depresi	Mengalami Depresi	Count	31	29	9	6	75
		% within Kategori Depresi	41.3%	38.7%	12.0%	8.0%	100.0%
		% within Kategori BUDI	43.1%	93.5%	100.0%	100.0%	63.6%
		% of Total	26.3%	24.6%	7.6%	5.1%	63.6%
Kategori Depresi	Tidak Mengalami Depresi	Count	41	2	0	0	43
		% within Kategori Depresi	95.3%	4.7%	0.0%	0.0%	100.0%
		% within Kategori BUDI	56.9%	6.5%	0.0%	0.0%	36.4%
		% of Total	34.7%	1.7%	0.0%	0.0%	36.4%
Total		Count	72	31	9	6	118
		% within Kategori Depresi	61.0%	26.3%	7.6%	5.1%	100.0%
		% within Kategori BUDI	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	61.0%	26.3%	7.6%	5.1%	100.0%

Test Statistics^a

		Kategori BUDI
Most Extreme Differences	Absolute	.540
	Positive	.000
	Negative	-.540
Kolmogorov-Smirnov Z		2.824
Asymp. Sig. (2-tailed)		.000

a. Grouping Variable: Kategori Depresi

Gambaran Frekuensi Kondisi Faktor Lingkungan Responden

Tinggal dengan ortu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ya	271	95.1	95.1	95.1
	Tidak	14	4.9	4.9	100.0
Total		285	100.0	100.0	

Ortu cerai

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ya	35	12.3	12.3	12.3
	Tidak	250	87.7	87.7	100.0
Total		285	100.0	100.0	

Keluarga BUDI

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ya	6	2.1	2.1	2.1
	Tidak	279	97.9	97.9	100.0
Total		285	100.0	100.0	

Tertekan dalam Kel

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ya	45	15.8	15.8	15.8
	Tidak	240	84.2	84.2	100.0
Total		285	100.0	100.0	

Ekonomi Rendah

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ya	86	30.2	30.2	30.2
	Tidak	199	69.8	69.8	100.0
	Total	285	100.0	100.0	

Kekerasan keluarga

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ya	24	8.4	8.4	8.4
	Tidak	261	91.6	91.6	100.0
	Total	285	100.0	100.0	

Bullying

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ya	50	17.5	17.5	17.5
	Tidak	235	82.5	82.5	100.0
	Total	285	100.0	100.0	

Obat-obatan/alkohol

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ya	4	1.4	1.4	1.4
	Tidak	281	98.6	98.6	100.0
	Total	285	100.0	100.0	

Temam BUDI

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ya	5	1.8	1.8	1.8
	Tidak	280	98.2	98.2	100.0
	Total	285	100.0	100.0	

Banyak Teman

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ya	267	93.7	93.7	93.7
	Tidak	18	6.3	6.3	100.0
	Total	285	100.0	100.0	

Hubungan Retak

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ya	108	37.9	37.9	37.9
	Tidak	177	62.1	62.1	100.0
	Total	285	100.0	100.0	

Ibadah hanya jika masalah

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ya	36	12.6	12.6	12.6
	Tidak	249	87.4	87.4	100.0
	Total	285	100.0	100.0	

Kurang teman

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ya	18	6.3	6.3	6.3
	Tidak	267	93.7	93.7	100.0
	Total	285	100.0	100.0	

Lampiran 18
Dokumentasi Penelitian







Lampiran 19
Hasil Uji Turnitin

Analisis Kejadian Depresi dan Risiko Bunuh Diri menggunakan Buddy App pada Remaja di Wilayah Kota Makassar

ORIGINALITY REPORT

12%	11%	2%	%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	scholar.unand.ac.id Internet Source	3%
2	docobook.com Internet Source	2%
3	wiyonggoputih.blogspot.com Internet Source	1%
4	repository.uinjkt.ac.id Internet Source	1%
5	pemudapersis32.blogspot.com Internet Source	1%
6	"Encyclopedia of Adolescence", Springer Nature, 2018 Publication	1%
7	www.scribd.com Internet Source	1%
8	isnapcy921127.wordpress.com Internet Source	1%

9	www.message-universal.com Internet Source	1%
10	rifsar.blogspot.com Internet Source	1%
11	Philip Baiden, Vincent Z. Kuuire, Nibedita Shrestha, Betty C. Tonui, Mavis Dako-Gyeke, Kersley K. Peters. "Bullying victimization as a predictor of suicidal ideation and suicide attempt among senior high school students in Ghana: Results from the 2012 Ghana Global School-Based Health Survey", <i>Journal of School Violence</i> , 2018 Publication	1%

Exclude quotes On Exclude matches < 1%
Exclude bibliography On

BIODATA PENULIS



Penulis lahir di Bulu Lampoko (Kabupaten Barru), 13 Agustus 1996. Menamatkan Sekolah Dasar di SD Inpres Lampoko pada tahun 2009, Sekolah Menengah Pertama di SMP Negeri 2 Balusu pada tahun 2011 dan Sekolah Menengah Atas di SMA 2 Barru pada tahun 2014. Penulis bergabung dalam beberapa organisasi baik dalam lingkup kampus maupun organisasi dan komunitas diluar kampus. Pernah menjabat sebagai Ketua Umum *Study Club of Nursing* UIN Alauddin (SCLERA), penulis juga pernah menjabat sebagai staff divisi penelitian dan pengembangan Dewan Mahasiswa (DEMA) FKIK UINAM dan sebagai koordinator divisi penelitian dan pengembangan Lembaga Penelitian dan Penalaran Mahasiswa (LPPM) Al-Kindi UINAM, penulis juga pernah menjadi staff dewan redaksi di Berkala Ilmiah Mahasiswa Ilmu Keperawatan Indonesia (BIMIKI) yang merupakan bidang yang bawahi oleh Ikatan Lembaga Mahasiswa Ilmu Keperawatan Indonesia (ILMIKI). Penulis juga tergabung dalam organisasi Lembaga Dakwah Fakultas (LDF) Al-Afiyah FKIK UINAM. Selain itu, Penulis juga pernah menjabat sebagai bendahara umum Komunitas Sahabat Erdogan (KSE) *chapter* Makassar.

Penulis sangat senang tergabung dalam kegiatan sosial dan kerelawanan baik itu sebagai panitia, pemateri penyuluhan kesehatan ataupun sebagai relawan medis hal ini dibuktikan dengan beberapa kegiatan bakti sosial yang telah diikuti oleh penulis yang dilaksanakan oleh beberapa organisasi dan komunitas di Makassar salah satunya aktif menjadi Relawan LKC Dompot Dhuafa Sul-Sel. Selain aktif dalam beberapa organisasi dan kegiatan sosial, penulis juga memiliki minat lain dalam hal penelitian dan penulisan, hal ini dibuktikan dengan beberapa lomba yang diikuti oleh penulis dan beberapa karya yang telah dipublikasikan oleh penulis seperti:

1. Publikasi artikel berjudul "*Maggot* sebagai *Biotherapy* pada Perawatan Luka Diabetik" Jurnal Berkala Ilmiah Keperawatan Indonesia (BIMIKI) Volume 4 Nomor 2 Tahun 2016 ISSN 2338-4700.
2. Publikasi artikel berjudul "*Interobserver Reliability Of New Diabetic Foot Ulcer Assessment Scale In Indonesia: A Cross Sectional Based Pictures Study*" Jurnal

- Luka Indonesia (JLI) Volume 4 Nomor 1 Tahun 2018, p- ISSN: 2442-2665, e-ISSN: 2614-3046.
3. Publikasi artikel berjudul “*Evaluation Of National Wound Care Clinic Standard In Indonesia: A Pre Eliminary Study*” Jurnal Luka Indonesia (JLI) Volume 4 Nomor 1 Tahun 2018, p-ISSN: 2442-2665, e-ISSN: 2614-3046.
 4. *NECTAR (Nutrition Care for Patient with Breast Cancer) in Chemotherapy Treatment* (Ide/gagasan & library research) sebagai *paper* finalis LKTI HILARIUS FK UGM Tahun 2016.
 5. *Detection and Consultation of Suicide (DCS): Waspada Bunuh Diri Berbasis Encouficiency Smartphone System* (Esai Ilmiah) mendapatkan penghargaan juara 1 dalam ajang *Andalas Scientific Fair* yang diadakan oleh Fakultas Keperawatan Universitas Andalas Tahun 2017
 6. *Read Me! (One Day I Read A Book): Optimalisasi Gerakan Membaca Digital Berbasis Smartphone System Sebagai Upaya Untuk Membentuk Karakter Anak Bangsa Gemar Literasi* (Esai Ilmiah) sebagai *semifinalist paper* yang diadakan oleh Inovator Nusantara Tahun 2017.
 7. *Cegah Generasi Dattulu: Optimalkan Program 1000 HPK Melalui Lorong Sehat* (Esai) mendapatkan penghargaan juara 3 dalam ajang Lomba Esai “*Makassar Literasi Award*” Tahun 2017.

Prinsip hidup yang selalu dipegang oleh Penulis yaitu:

“Selalu ada harapan bagi mereka yang berdoa, selalu ada jalan bagi mereka yang sering berusaha, Man Jadda wa Jada, Man Shabara Shafira.



UNIVERSITAS ISLAM NEGERI

ALAUDDIN

MAKASSAR