

**KATEGORI PASIEN GANGGUAN JIWA BERDASARKAN
TRIAGE DI INSTALASI GAWAT DARURAT RUMAH SAKIT
JIWA DAERAH SURAKARTA**



PUBLIKASI ILMIAH

**Disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan Program Studi Strata I pada
Jurusan Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan**

Oleh:

DHINY ARDIYANTI

J 210 120 021

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA**

2016

HALAMAN PERSETUJUAN

**KATEGORI PASIEN GANGGUAN JIWA BERDASARKAN
TRIAGE DI INSTALASI GAWAT DARURAT RUMAH SAKIT
JIWA DAERAH SURAKARTA**

PUBLIKASI ILMIAH

oleh:

DHINY ARDIYANTI

J 210 120 021

Telah diperiksa dan disetujui oleh dosen Pembimbing I Skripsi

Pada 20 Juli 2016

Dosen Pembimbing



Arum Pratiwi, S.Kp.,M.Kcs.

NIK.660

LEMBAR PENGESAHAN

KATEGORI PASIEN GANGGUAN JIWA BERDASARKAN *TRIAGE* DI
INSTALASI GAWAT DARURAT RUMAH SAKIT JIWA DAERAH
SURAKARTA

Disusun oleh:

DHINY ARDIYANTI

J210120021

Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 27 Juni 2016, dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan pada Program Studi Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta

Susunan Dewan Penguji

1. Arum Pratiwi, S.Kp., M.Kes. (.....) 
2. Arif Widodo, A.Kp., M.Kes. (.....) 
3. Enita Dewi, S.Kep., Ns, Mn. (.....) 

Surakarta, 27 Juni 2016
Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Surakarta
Dekan,




Dr. Suwaji, M.Kes

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam skripsi ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan orang lain, kecuali secara tertulis diacu dalam naskah dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Apabila kelak terbukti ada ketidakbenaran dalam pernyataan saya di atas, maka akan saya pertanggungjawabkan sepenuhnya.

Surakarta, 20 Juli 2016

Penulis



DHINY ARDIYANTI

.1 210 120 021

PENELITIAN

KATEGORI PASIEN GANGGUAN JIWA BERDASARKAN *TRIAGE* DI INSTALASI GAWAT DARURAT RUMAH SAKIT JIWA DAERAH SURAKARTA

Dhiny Ardiyanti*
Arum Pratiwi, S.Kp., M.Kes**

Abstrak

Triase merupakan langkah penggolongan kondisi pasien berdasarkan kegawatan melalui kategori pasien. Tahap ini sangat penting untuk menentukan jenis tindakan dan perlengkapan yang dibutuhkan dalam perawatan pasien gangguan jiwa selanjutnya. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kategori pasien gangguan jiwa berdasarkan *triage* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Jiwa Surakarta. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi penelitian adalah pasien yang datang ke Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta, sedangkan sampel penelitian sebanyak 69 sampel gangguan jiwa dengan teknik *accidental sampling*. Pengumpulan data menggunakan *checklist* dan analisis data menggunakan uji deskriptif. Hasil penelitian diperoleh data statistik pengkategorian pasien gangguan jiwa yang masuk ke IGD RSJD Surakarta diperoleh skor terendah dengan nilai 8 yang berarti *non-urgent*, skor tertinggi 72 yang berarti *immediate*, rata-rata 37,9, median 40, mode 40, dan standar deviasi 15,9. Kesimpulan rata-rata pasien yang masuk ke instalasi gawat darurat rumah sakit jiwa Surakarta dalam kondisi *semi-urgen*.

Kata kunci: triase, kategori pasien, pasien gangguan jiwa

RESEARCH

MENTAL DISORDERS BY CATEGORY OF PATIENT TRIAGE INSTALLATION IN EMERGENCY HOSPITAL REGIONAL MENTAL SURAKARTA

By:

Dhiny Ardiyanti

Triage was a classification step of the patient's condition based on the gravity of the patient. This stage was very important to determine the type of action and the supplies required in the treatment of mental patients further. This study aims to determined the category of mental patients by triage in the emergency departement of Psychiatric Hospital Surakarta. This descriptive quantitative with cross sectional approach. The population of the study was patients who come to the emergency room of Mental Hospital of Surakarta. The sample of the study was 69 respondent with mental heath disorder. Sample technique used accidental sampling. Illness data was collected using a checklist and then was analyzed using descriptive test. The results of the study regained acuity of mental patients that came into the emergency room Surakarta RSJD showed the lowest score with patient conditoin was 8 it means non-urgent, the highest score of 72 it means immediate, an average of 37.9, median 40, mode 40, and standard deviation of 15.9. The Conclusion on average the patients admitted to the emergency room of hospital regional mental Surakarta in conditions of semi-urgent.

Keywords: triage, patient category, mental illness patients

1. PENDAHULUAN

Kesehatan manusia harus dipandang sebagai satu kesatuan yang utuh dimana indikator sehat tidak sekedar dari fisik yang sehat melainkan sehat dari mental, spiritual maupun sosial. Kesehatan jiwa merupakan suatu keadaan yang tenang sehingga menciptakan hidup harmonis dan produktif, sebagai bagian kualitas hidup manusia yang utuh dengan melibatkan semua segi kehidupan seseorang (Risikesdas, 2013).

Pesatnya perkembangan manusia dan beban hidup yang semakin tinggi menyebabkan masyarakat depresi sehingga menimbulkan gangguan jiwa. Kejadian ini banyak terjadi di Indonesia dikota maupun di desa. Gangguan jiwa secara langsung tidak akan menyebabkan kematian pada penderitanya, akan tetapi menyebabkan penderitanya menjadi tidak produktif, dan menimbulkan beban bagi keluarga serta masyarakat disekitarnya (Dinkes Surabaya, 2013).

Dari data WHO (2012) sekitar 450 orang di semua negara menderita gangguan jiwa, dan sepertiganya adalah negara berkembang. Dari 10 penderita gangguan jiwa 8 penderita tidak menerima perawatan. WHO menyatakan, negara berkembang dari satu juta penduduk hanya mempunyai kurang dari satu dokter spesialis.

Pada tahun 2013 Prevalensi gangguan jiwa berat pada penduduk Indonesia sebesar 1,7 per mil dengan gangguan jiwa terbanyak di wilayah DI Yogyakarta, Aceh, Sulawesi Selatan, Bali, dan Jawa Tengah. Proporsi Anggota Rumah Tangga (ART) dengan gangguan jiwa berat sebanyak 14,3%, sedangkan proporsi terbesar tinggal di wilayah pedesaan sebanyak 18,2%, dan prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk Indonesia sebesar 6,0% (Risikesdas, 2013).

Penderita gangguan jiwa di daerah Jawa Tengah tergolong cukup tinggi, yaitu mencapai 107 ribu orang atau 2,3 persen jumlah penduduk (Widiyanto, 2015). Kota Solo merupakan salah satu kota di Jawa Tengah yang mengalami peningkatan angka gangguan jiwa dalam beberapa tahun terakhir (Daryono, 2014). Pada tahun 2010 hingga tahun 2014, angka penderita gangguan jiwa di Kota Solo mencapai ribuan penderita. Kenaikan penderita gangguan jiwa tersebut tercatat dalam jumlah kunjungan pasien di Rumah Sakit Jiwa Daerah (RSJD) Surakarta pada tahun 2010 terhitung sebanyak 1.543 jiwa. Sedangkan pada tahun 2011 naik menjadi 1.828 jiwa, di tahun 2012 bertambah hingga 2.151 jiwa. Jumlah tertinggi tercatat di tahun 2013 mencapai 2.186 jiwa, sementara pada tahun 2014 jumlah pasien gangguan jiwa tercatat 1.531 jiwa (Winaryani, 2014).

Peningkatan angka kunjungan pasien gangguan jiwa di Rumah Sakit Jiwa Surakarta menunjukkan bahwa gangguan jiwa memerlukan penanganan yang lebih serius terutama penanganannya pertama ketika pasien dibawa ke Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Jiwa. Bagi masyarakat awam yang kurang mengerti tentang ilmu kesehatan beranggapan bahwa pelayanan di IGD cenderung lama dan lambat. Masalah ini tentu beralasan karena terdapat sistem triase yang diterapkan di IGD. Triage ini digunakan untuk penggolongan kondisi pasien berdasarkan kegawatan pasien (Pemerintah Kabupaten Banyuwangi, 2013).

Di ruang IGD, tahap pertama yang harus dilalui saat masuk rumah sakit yaitu penilaian dari perawat triage. Perawat kemudian melakukan evaluasi

keadaan pasien, perubahan-perubahan yang terjadi, dan menentukan prioritas urutan untuk masuk ke IGD dan prioritas dalam menerima penanganan. Setelah penanganan dan pemeriksaan darurat selesai, pasien bisa masuk ke dalam sistem Triage rumah sakit. Pada pasien Triage diberi tanda yang menunjukkan berat ringannya masalah kesehatan pasien yaitu merah berarti pasien membutuhkan pertolongan cepat dan darurat, tanda kuning berarti pelayanan dapat ditunda, hijau pasien tidak dalam keadaan darurat dan dapat ditunda, semetara itu tanda hitam pasien sudah tidak ada harapan tertolong karena harapan hidup yang tipis.

Seorang petugas kesehatan di IGD diwajibkan peka menggunakan kemampuan penglihatan, pendengaran, indra peraba, serta tanggap situasi, cepat dan tepat saat menilai perubahan tiba-tiba pasien yang ada di IGD, karena sewaktu-waktu kondisi status pasien dapat berubah (Berita SKPD, 2013). Kepekaan dari petugas kesehatan sangat dibutuhkan untuk tindakan yang akan dilakukan ke pasien terutama pada pasien gangguan jiwa. Pasien gangguan jiwa berbeda dengan pasien yang mengalami masalah pada fisik mereka. Penggolongan pada triage pasien gangguan jiwa perlu penanganan tersendiri karena pasien gangguan jiwa akan mendapatkan kategori berdasarkan keadaan mental.

Fungsi layanan triage kesehatan mental adalah untuk menentukan sifat dan tingkat keparahan masalah kesehatan mental. Inti dari fungsi triage tersebut adalah untuk menentukan apakah pasien berisiko merugikan diri sendiri atau orang lain sebagai akibat dari kondisi mental mereka, dan untuk menilai risiko lainnya yang terkait dengan penyakit mental. Seperti model triase lainnya, petugas triage kesehatan mental harus menetapkan kategori urgensi untuk kasus yang dicatat menggunakan indikator triage pada pasien gangguan jiwa dari kategori *Immediate* (segera) sampai *Non-urgen*.

Penilaian triage pada pasien gangguan mental sangat penting karena dapat mengetahui data krusial tentang tingkat kegawatan kesehatan mental pasien. Dari data pengkategorian triage kita dapat mengetahui gambaran kondisi kesehatan pasien berdasarkan kategori triage yang telah ditentukan dan mengetahui angka tertinggi masalah pasien jiwa jika dilihat dari kategori tingkat kegawatan kesehatan mental ketika pertama kali masuk ke IGD. Dengan dilakukannya penelitian ini juga akan diketahui karakteristik dari pasien gangguan jiwa yang masuk ke Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta berdasarkan identifikasi kegawat daruratannya.

Penelitian yang dilakukan oleh Nathisa Sand (2014) membuktikan bahwa melakukan triase di IGD secara akurat dapat mempermudah untuk mengidentifikasi kegawatdaruratan kesehatan mental pasien. Berdasarkan penelitian tersebut yang dilakukan di Victoria *Emergency Departemen Mental Health* menunjukkan hasil bahwa pasien dengan gejala psikotik akut lebih mungkin diprioritaskan sebagai urgensi tinggi.

Dari survei pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti pada bulan Januari 2016 di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta didapatkan data jumlah pasien dalam tiga bulan terakhir, yaitu: bulan Oktober 2015 berjumlah 248 pasien, bulan November 2015 berjumlah 239 pasien, bulan

Desember 227 pasien. Penilaian triage yang digunakan oleh petugas kesehatan IGD Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta adalah dengan menggunakan skala nilai dari skor 3-15. Data yang tercatat dalam kegawat daruratan pasien di IGD Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta adalah pasien kategori agresif dan pasien dengan resiko perilaku kekerasan.

Berdasarkan pendahuluan diatas penting dilakukan penelitian tentang Kategori pasien gangguan jiwa berdasarkan triage di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Jiwa Surakarta. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui kategori pasien gangguan jiwa berdasarkan triage di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Jiwa Surakarta.

2. METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif kuantitatif dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Penelitian diskriptif merupakan penelitian yang didalamnya tidak ada analisis hubungan antarvariabel, tidak ada variabel bebas dan terikat, dalam penelitian ini bersifat umum (Hidayat, 2008). Populasi penelitian adalah adalah pasien yang datang ke Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta setiap bulannya kurang lebih berjumlah 227 gangguan jiwa (Rekam medik IGD RSJD Surakarta, 2015). Sampel penelitian sebanyak 69 pasien gangguan jiwa yang diambil dengan teknik accidental sampling. Teknik pengumpulan data menggunakan checklist. Teknik analisis data penelitian menggunakan analisis deskriptif. Sedangkan dalam penelitian ini peneliti menggunakan alat ukur *Triage Tool* yang telah dimodifikasi dimana pengkategorian pasien akan dibagi kedalam lima kategori yaitu *Immediate*, *Emergency*, *Urgent*, *Semi-urgent*, dan *Non-urgent*. Penilaian pada kategori tersebut dilakukan dengan pemberian score pada setiap kategori yaitu *Immediate* 72 poin, *Emergency* 56 poin, *Urgent* 40, *Semi-urgent* 24 poin, dan *Non-urgent* 8 poin.

Pada penelitian ini menggunakan uji validitas dan reabilitas pada 10 orang responden yang berupa uji *Alpha Cronbach* dan uji konsistensi Cohen's kappa. Hasil uji menggunakan *Alpha Cronbach* diperoleh nilai hasil 0,6 – 0,8 dan hasil dari uji konsistensi Cohen's kappa diperoleh nilai 0,6 – 0,8. Kemudian dari hasil uji yang telah dilakukan diperoleh hasil yang valid dan kuesioner dapat digunakan untuk penelitian.

3. HASIL ANALISA DATA

3.1 Karakteristik Responden

Table 1. Karakteristik Responden

Karakteristik Responden	Frek	Presentase (%)
Umur		
• < 18 tahun	4	6
• 18 – 30 tahun	10	14
• 30 – 55 tahun	45	65
• 55 tahun keatas	10	14

Jenis kelamin		
• Laki-laki	40	58
• Perempuan	29	42
Pendidikan		
• SD	25	36
• SMP	22	32
• SMA	19	28
• S1	3	4
Pekerjaan		
• Ibu rumah tangga	11	16
• Petani	8	12
• Tidak bekerja	24	35
• Swasta	8	12
• Buruh	10	15
• Pelajar/mahasiswa	8	12

Distribusi karakteristik responden menurut umur menunjukkan distribusi tertinggi adalah 30 – 55 tahun sebanyak 45 responden dengan presentase 65%, selanjutnya adalah usia 18 – 30 tahun dan lebih dari 50 tahun dengan jumlah masing-masing 10 responden dan presentase 14%, jumlah umur terkecil adalah kurang dari 18 tahun berjumlah 4 responden dengan presentase 6%.

Jenis kelamin tertinggi adalah laki-laki sebanyak 40 responden dengan presentase 58% dan perempuan hanya sebanyak 29 responden dengan presentase 42%. Pendidikan terbanyak adalah SD sebanyak 25 responden dengan presentase 36%, kemudian SMP sebanyak 22 responden dengan presentase 32%, SMA sebanyak 19 responden dengan presentase 28%, S1 sebanyak 3 responden dengan presentase 4%.

Pekerjaan terbanyak merupakan tidak bekerja sebanyak 24 responden dengan presentase 35%, selanjutnya adalah ibu rumah tangga sebanyak 11 responden dengan presentase 16%, berikutnya adalah dengan pekerjaan sebagai buruh berjumlah 10 dengan presentase 15%, jumlah terkecil pekerjaan adalah petani, swasta serta pelajar/mahasiswa masing-masing berjumlah 8 responden dengan presentase masing-masing 12%.

3.2 Diagnosa Medis Pasien

Tabel 2. Gambaran Diagnosa Medis Gangguan Jiwa Pasien (N: 69)

No	Diagnosa Medis	Frekuensi	Persentase (%)
1	Skizofrenia Paranoid	10	15
2	Skizofrenia Lain-lain	14	20
3	Depresi berat tanpa gejala psikotik	4	6
4	Skizofrenia tidak terinci	26	38
5	Depresi berat dengan gejala psikotik	3	4
6	Depresi pasca skizofrenia	1	1

7	Kelainan skizoafektif, tipe depresif	3	4
8	Kelainan psikotis polimorf akut tanpa gejala skizofrenia	1	1
9	Dementia yang tidak dijelaskan	1	1
10	Kelainan skizoafektif lain	1	1
11	Kelainan skizoafektif, tipe manik	3	4
12	Skizofrenia Psikotik Akut	2	3
Total		69	100

Distribusi frekuensi diagnosa medis gangguan jiwa yang dialami oleh responden menunjukkan distribusi tertinggi adalah skizofrenia tidak terinci sebanyak 26 responden dengan presentase 38%, selanjutnya adalah skizofrenia lain-lain sebanyak 14 responden dengan presentase 20%, skizofrenia paranoid 10 responden dengan presentase 15%, depresi berulang episode sekarang berat tanpa gejala psikotik 4 responden dengan presentase 6%, jumlah terbanyak ke lima terdapat 3 diagnosa dengan jumlah 3 responden dan presentase 4% adalah diagnosa depresi berulang episode sekarang dengan berat dengan gejala psikotik, kelainan skizoafektif tipe depresif, kelainan skizoafektif tipe manik.

Diagnosa skizofrenia psikotif akut 2 responden dengan presentase 3%, diagnosa dengan presentase terkecil terdapat 4 diagnosa dengan jumlah responden 1 dan presentase 1% adalah depresi pasca skizofrenia, kelainan psikotis polimorf akut tanpa gejala skizofrenia, demensia yang tidak dijelaskan, serta kelainan skizoafektif lain.

3.3 Distribusi Frekuensi Kategori Pasien Gangguan Jiwa

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Kategori Pasien Gangguan Jiwa

No	Kategori	Nilai	Frekuensi	Persentase (%)
1	<i>Immediate</i>	72	2	3
2	<i>Emergency</i>	56	18	26
3	<i>Urgent</i>	40	24	35
4	<i>Semi-urgent</i>	24	19	28
5	<i>Non-urgent</i>	8	6	9
Total			69	100

Distribusi frekuensi kategori pasien gangguan jiwa yang masuk ke IGD RSJD Surakarta menunjukkan dari kategori *immediate* dengan nilai 72 diperoleh jumlah 2 pasien dengan presentase 3%, kategori *emergency* dengan nilai 56 diperoleh jumlah 18 pasien dengan presentase 26%, kategori *urgent* dengan nilai 40 diperoleh jumlah 24 pasien dengan presentase 35%, kategori *semi-urgent* dengan nilai 18 diperoleh jumlah 19 pasien dengan presentase 28%, kategori *non-urgent* dengan nilai 8 diperoleh jumlah 6 pasien dengan presentase 9%.

3.4 Data Statistik Pengkajian atau Pengkategorian

Tabel 4. Data Statistik Pengkategorian Pasien di IGD RSJD Surakarta

No	Data Statistik	Nilai
1	Skor terendah	8
2	Skor tertinggi	72
3	Rata-rata	37,9
4	Median	40,0
5	Mode	40,0
6	Standar deviasi	15,9

Data statistik pengkategorian pasien gangguan jiwa yang masuk ke IGD RSJD Surakarta diperoleh skor terendah dengan nilai 8 yang artinya ada kunjungan pasien *non-urgen*, skor tertinggi 72 berarti menunjukkan bahwa ada pasien yang datang ada yang berkategori *immediate*, rata-rata 37,9 yang artinya pasien yang masuk ke IGD RSJ Surakarta dalam kondisi *semi-urgen*, median 40 yang berarti banyak pasien yang masuk dengan kategori *urgent*, mode 40 yang berarti kemungkinan pasien yang sering masuk ke IGD RSJ adalah pasien dengan kategori *urgent*, dan standar deviasi 15,9 itu artinya pasien yang datang sangat bervariasi dari 16.

4. PEMBAHASAN

Karakteristik responden menurut umur menunjukkan distribusi tertinggi adalah 30 – 55 tahun. Umur adalah variabel yang selalu dikaitkan dengan penyelidikan epidemiologi, angka-angka kesakitan dan hampir semua menunjukkan ada hubungan dengan umur. Umur merupakan suatu kondisi biologi pada individu yang melekat dan berubah sesuai dengan bertambahnya hari/bulan/tahun atau umur seseorang. Semakin bertambah umur seseorang maka tingkat ketenangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja (Hurlock, 2006).

Penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden berumur 30 - 55 tahun yang seharusnya merupakan kelompok yang telah memiliki ketenangan dan kekuatan untuk mengendalikan dirinya. Namun ternyata disisi lain, sesuai dengan teori perkembangan psikologi pada usia 30 -55 tahun individu berada dalam fase adanya suatu tanggung jawab pada dirinya seperti memiliki keluarga sehingga memaksa mereka untuk bekerja sehingga memiliki mobilitas yang tinggi. Mobilitas yang tinggi berdampak pada timbulnya gangguan ketenangan yang disebabkan adanya tekanan dalam pekerjaan dan ekonomi, permasalahan sosial dan lain sebagainya menjadi faktor stressor untuk timbulnya gangguan jiwa pada seseorang. Hal ini sebagaimana disimpulkan dalam penelitian Ilyas (2008) yang menyatakan bahwa kejadian gangguan jiwa pada individu yang berusia lebih dari 40 tahun lebih tinggi dibandingkan umur lebih dari 40 tahun.

Karakteristik responden menurut jenis kelamin menunjukkan sebagian besar berjenis kelamin laki-laki. Secara umum, setiap penyakit dapat menyerang individu baik laki-laki maupun perempuan, tetapi beberapa penyakit menunjukkan adanya kecenderungan terjadi pada laki-laki atau perempuan yang disebabkan

adanya perbedaan pekerjaan, kebiasaan hidup, genetika, atau kondisi fisiologis yang terdapat pada laki-laki dan perempuan (Eko, 2002).

Laki-laki memiliki perbedaan dalam hal dengan perempuan diantaranya adalah kebiasaan. Hubungan sosial, pengaruh lingkungan dan segi-segi lainnya dalam kehidupan sehari-hari yang dapat memicu terjadinya gangguan jiwa. Gangguan jiwa jenis skizofrenia pada laki-laki tiga kali tinggi dibandingkan dengan wanita (Keliat, 2011). Hal ini berkaitan dengan tanggung jawab dan tuntutan hidup sebagai pencari kerja dan pembiayaan kerja keluarganya dituntut untuk bekerja keras sementara lapangan pekerjaan sulit didapatkan.

Penelitian menunjukkan distribusi tertinggi responden menurut jenis kelamin adalah laki-laki, hal ini didukung oleh penelitian terdahulu yaitu penelitian Soewadi (2009) yang mengungkapkan bahwa frekuensi Skizofrenia yang mengalami gangguan jiwa skizofrenia berdasarkan jenis kelamin: Laki-laki. Hal ini sebagaimana dikemukakan oleh Candra (2004) yang mengungkapkan bahwa skizofrenia banyak terjadi pada laki-laki karena laki-laki lebih diharapkan sebagai pendukung ekonomi keluarga, sehingga tekanan pada laki-laki lebih berat dibandingkan perempuan.

Karakteristik responden menurut tingkat pendidikan menunjukkan sebagian besar responden berpendidikan SD sebanyak 25 responden dan SMP. Distribusi tingkat pendidikan responden tersebut menunjukkan sebagian besar responden memiliki pendidikan tingkat dasar.

Tingkat pendidikan responden yang rendah disebabkan bahwa pasien gangguan jiwa umumnya memiliki permasalahan dengan interaksi dengan orang lain, selain itu kemampuan penerimaan terhadap informasi juga mengalami gangguan. Hal ini sebagaimana dikemukakan Chan & Mak (2008) yang mengemukakan bahwa pasien gangguan mental memiliki permasalahan atau kesulitan untuk berprestasi dan berinteraksi di sekolah.

Karakteristik responden menurut pekerjaan menunjukkan distribusi tertinggi tidak bekerja. Kondisi ini disebabkan keterbatasan yang dialami oleh pasien gangguan jiwa yang menyebabkan dirinya tidak dapat melakukan suatu pekerjaan apalagi yang berhubungan dengan team work. Hal ini sebagaimana dikemukakan oleh Beth & Melanie (2015) yang mengemukakan bahwa satu dari 15 masyarakat dewasa di Amerika mengalami masalah dengan kesehatan jiwanya yang menyebabkan mereka tidak dapat bekerja. Gangguan yang dialami pasien gangguan jiwa dalam pekerjaan antara lain adanya gangguan kognisi, pengaturan emosi, dan perilaku yang mencerminkan adanya disfungsi psikologis.

Distribusi frekuensi diagnosa medis gangguan jiwa yang dialami oleh responden menunjukkan distribusi tertinggi adalah skizofrenia tidak terinci. Skizofrenia tidak terinci merupakan skizofrenia yang tidak memenuhi kriteria untuk diagnosa skizofrenia paranoid, hebefrenik, atau katatonik, serta tidak memenuhi kriteria diagnosa untuk skizofrenia residual dan depresi pasca skizofrenia.

Arif (2006) menjelaskan schizophrenia tak terinci merupakan sejenis schizophrenia dimana gejala-gejala yang muncul sulit untuk digolongkan pada tipe schizophrenia tertentu. Schizophrenia tak terinci dikarakteristik dengan

perilaku yang disorganisasi dan gejala-gejala psikosis yang mungkin memenuhi lebih dari satu tipe/ kelompok kriteria schizophrenia. Klien schizophrenia tak terinci merupakan gangguan jiwa yang memenuhi kriteria umum schizophrenia tetapi tidak memenuhi kriteria untuk memenuhi kriteria residual atau depresi pasca schizophrenia. Schizophrenia tak terinci (*undifferentiated*) didiagnosis dengan memenuhi kriteria umum untuk diagnosa schizophrenia, tidak memenuhi kriteria untuk schizophrenia paranoid, hebefrenik, katatonik dan tidak memenuhi kriteria untuk schizophrenia tidak terinci atau depresi pasca schizophrenia (Liza, 2008).

Skizofrenia merupakan jenis gangguan jiwa yang tertinggi. Skizofrenia adalah bentuk psikosis fungsional terberat, dan dapat menyebabkan disorganisasi personalitas yang paling besar. Pada kasus berat, pasien tidak memiliki hubungan dengan kenyataan, sehingga pemikiran dan perilakunya abnormal (Ingram, 1995). Skizofrenia merupakan jenis gangguan jiwa yang terjadi pada hampir semua negara. William (2006) melaporkan bahwa skizofrenia terjadi pada semua negara baik negara berkembang maupun negara maju, sebagai perbandingan kasus skizofrenia terjadi di Denmark, India, Irlandia, Hawaii, Rusia, Jepang dan Inggris. William (2006) juga menyatakan bahwa secara umum skizofrenia yang terjadi ditandai dengan hilangnya konsentrasi, timbulnya halusinasi, disorganisasi dalam berbicara, disorganisasi perilaku, dan sikap yang negatif dimana gejala-gejala tersebut mengarah pada jenis-jenis skizofrenia tertentu seperti paranoid, katatonik ataupun hebefrenik. Namun dalam perkembangannya seringkali gejala-gejala menjadi berkurang pada satu sisi namun bertambah pada sisi lain sehingga memunculkan skizofrenia tak terinci (*Undifferentiated Schizophrenia*).

Distribusi frekuensi kategori pasien gangguan jiwa berdasarkan triage di IGD RSJ Surakarta menunjukkan distribusi tertinggi adalah *urgent*, selanjutnya *semi-urgent*, *emergency*, *non-urgent*, dan *immediate*. Kategori pasien gangguan jiwa menggambarkan ketergantungan pasien pada pemberian perawatan dan keahlian yang dibutuhkan untuk pemberian perawatan, dimana pada penelitian ini sebagian besar responden merupakan pasien yang kemungkinan bahaya bagi diri sendiri atau orang lain, gangguan perilaku moderat, distress berat (*urgen*).

Hasil data statistik pengkajian atau pengkategorian pasien gangguan jiwa diperoleh bahwa pasien gangguan jiwa yang masuk ke IGD RSJD ada kunjungan pasien dengan kategori *non-urgen*. Kondisi pasien tidak mendesak dimana pasien gangguan jiwa masih bisa kooperatif dan mampu berkomunikasi dengan baik akan tetapi perlu dilakukan penanganan agar tidak menjadi lebih parah. Seperti yang diungkapkan dalam penelitian Adeosun dkk (2014) bahwa pasien dengan kategori tidak mendesak perlu diperhatikan keteraturan pengobatannya.

Berdasarkan data statistik pengkategorian pasien di dapatkan ada kunjungan pasien dengan kategori *immediate*. Pasien dengan kondisi *immediate* merupakan pasien dengan keadaan perilaku kekerasan, memiliki/menggunakan senjata, melukai diri sendiri, serta memiliki ancaman untuk melukai orang lain. Berdasarkan data tersebut berarti dalam satu bulan juga ditemukan pasien dengan kondisi yang membutuhkan pertolongan segera. Hal yang perlu diperhatikan pada pasien *immediate* adalah tenaga kesehatan selalu dalam kondisi siaga,

menyediakan lingkungan yang aman untuk pasien dan orang disekitarnya, serta memastikan tenaga kesehatan siap siaga dalam memberikan penahanan diri terhadap pasien (Vingilis & State, 2011).

Pasien gangguan jiwa yang masuk ke IGD RSJ mayoritas adalah *urgen*. Banyaknya pasien dengan kategori *urgen* disebabkan karena kondisi pasien yang sudah mengalami depresi parah, pemarah, menjadi pendiam, serta tidak ingin untuk melakukan pengobatan (Australasian College of Emergency Medicine, 2000). Hal ini didukung oleh penelitian Adeosun dkk (2014) yang menyatakan bahwa sebagian besar pasien dengan kondisi *urgent* yang datang ke rumah sakit cenderung pasien dengan perilaku kekerasan yang mengalami depresi.

Di IGD RSJ rata-rata pasien yang masuk dengan adalah dalam kondisi *semi-urgent*. Pasien dengan kondisi *semi-urgent* adalah datang dengan kondisi yang memungkinkan bisa melukai diri sendiri atau orang lain, sangat tertekan, tidak mau berkomunikasi, cepat marah, serta memiliki riwayat gangguan jiwa yang sudah ada (Vingilis & State, 2011).

5. PENUTUP

5.1 Simpulan

Berdasarkan dari data penelitian yang telah dilakukan maka diperoleh karakteristik pasien gangguan jiwa di di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Jiwa Surakarta sebagian besar berumur 30 – 55 tahun, berjenis kelamin laki-laki, berpendidikan SD, serta tidak bekerja. Diagnosa medis pasien gangguan jiwa yang masuk Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Jiwa Surakarta sebagian besar adalah skizofrenia tidak terinci (30%). Kategori pasien gangguan jiwa berdasarkan triage di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Jiwa Surakarta sebagian besar adalah *urgent* (35%).

Data statistik pengkategorian pasien gangguan jiwa yang masuk ke IGD RSJD Surakarta diperoleh skor terendah dengan nilai 8 yang artinya ada kunjungan pasien *non-urgen*, skor tertinggi 72 berarti menunjukkan bahwa ada pasien yang datang ada yang berkategori *immediate*, rata-rata 37,9 yang artinya pasien yang masuk ke IGD RSJ Surakarta dalam kondisi *semi-urgen*, median 40 yang berarti banyak pasien yang masuk dengan kategori *urgen*, mode 40 yang berarti kemungkinan pasien yang sering masuk ke IGD RSJ adalah pasien dengan kategori *urgent*, dan standar deviasi 15,9 itu artinya pasien yang datang sangat bervariasi dari 16.

Saran

1. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat menjadi wawasan bagi institusi pendidikan, khususnya tentang penggunaan triase model *Mental Health Triage Tool* dalam penentuan kategori pasien gangguan jiwa.

2. Bagi Profesi/Perawat

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa penggunaan triase model *Mental Health Triage Tool* dapat dijadikan alternatif dalam menentukan kategori pasien gangguan jiwa.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Peneliti selanjutnya yang ingin meneliti dengan tema sejenis dapat mengembangkan dengan menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan kategorisasi pasien gangguan jiwa (triase) menggunakan model *Mental Health Triage Tool*.

DAFTAR PUSTAKA

Arif, I.S.(2006). “*Skizofrenia: Memahami Dinamika Keluarga Pasien*”. Bandung: Rafika Aditama.

Adeosun, I.,dkk. (2014). “*Urgent and Nonurgent Presentations to a Psychiatric Emergency Service in Nigeria: Pattern and Correlates*”. Volume 2014 (2014), Article ID 479081, 7 pages, diakses pada tanggal 10 Juni 2016.

Australasian College of Emergency Medicine. (2000). Guidelines for the Implementation of the Australasian Triage Scale (ATS) in Emergency Departments.

Candra.LS. (2004). “*Schizofrenia Anonymous, A Better Future*”. Institute of Psychiatry at The Maudsley.

Chan, E., Zadeh, Z., Jhang, N. & Mak, M. (2008). “*Depression and academic achievement: A meta-analysis*”. Poster presented at the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vancouver, BC, diakses pada tanggal 25 Mei 2016.

Berita SKPD. (2013). Pelayanan Pasien UGD dengan Sistem TRIASE. <http://portal.banyuwangikab.go.id/news/detail/2109/pelayanan-pasien-ugd-dengan-sistem-triase.html> diakses pada tanggal 19 Oktober 2015.

Daryono. (2014). Penderita Gangguan Jiwa di Solo Meningkat, Mengapa?. <http://www.timlo.net/baca/68719588517/penderita-gangguan-jiwa-di-solo-meningkat-mengapa/> diakses pada tanggal 17 Oktober 2015.

Davies, Teifion. (2009). “*ABC Kesehatan Mental*”. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Eko, J. (2002). “*Analisis Faktor Risiko yang Berhubungan dengan Kekambuhan Gangguan Jiwa Skizofrenia di RS Atma Husada Mahakam Samarinda*”. Publikasi Penelitian. Makasar: Program Pasca Sarjana Unhas.

Health, Bikers. Arti Definisi Pengertian. <http://arti-definisi-pengertian.info/definisi-kategori/> diakses pada tanggal 30 Oktober 2015.

- Hidayat, A. Aziz Alimul. (2008). "Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data". Jakarta: Salemba Medika.
- Hurlock, E.B. (2006). "Psikologi Perkembangan". Jakarta: Erlangga
- Ilyas, M. (2008). "Analisis Faktor Risiko yang Berhubungan dengan Kekambuhan Gangguan Jiwa Skizofrenia di RSJ Kendari Tahun 2007". Publikasi Penelitian. Makasar: Program Pasca Sarjana Unhas.
- Indrayana, Stefanus & Goenawan, Goenardjoadi. (2007). "The Secret of Better Life, Perjalanan Mengenal Jiwa yang Bahagia". Jakarta: PT Elex Media Komplitudo.
- Ingram, I.H., Timbury, G.C., Mowbray, R.M. (1995). "Catatan Kuliah Psikiatri Edisi 6". Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Keliat, B.A. (2011). "Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas". Jakarta: EGC.
- Nasir, Abdul & Muhith, Abdul. (2011). "Dasar-Dasar Keperawatan Jiwa Pengantar dan Teori". Jakarta: Salemba Medika.
- Oman, Kathleen S. (2008). Panduan Belajar Keperawatan Emergensi. Jakarta : EGC.
- Pusponegoro, D Aryono. et al. (2010). "Buku Panduan Basic Trauma and Cardiac Life Support". Jakarta: Diklat Ambulance AGD 118.
- Keliat, B.A (2011). "*Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas*". Jakarta: EGC
- Riskesdas. (2013). Peningkatan Kapasitas Kader Kesehatan Jiwa Masyarakat Provinsi Sulawesi Selatan. <http://www.buk.kemkes.go.id/> diakses pada tanggal 15 Oktober 2015.
- Soewadi. (2009). "*Penanganan penderita skizofrenia secara holistic di Badan Pelayanan Kesehatan Jiwa Nangroe Aceh Darusallam*". Tesis PPS. USU Medan.
- Vingilis, E.R & State, S.A., (2011). "*Applied Research and Evaluation in Community Mental Health Services An Update of Key Research Domains*". McGill-Queen's University Press London, diakses pada tanggal 5 Juni 2016.
- WHO. (2012). WHO: 450 Juta Orang Menderita Gangguan Jiwa. http://www.who.int/mental_health/en/ diakses pada tanggal 15 Oktober 2015.

- Widiyanto, Dinar. (2015). Penderita Sakit Jiwa di Jawa Tengah Masih Tinggi. <http://krjogja.com/read/258461/penderita-sakit-jiwa-di-jawa-tengah-masih-tinggi.kr> diakses pada tanggal 17 Oktober 2015.
- William W.A. (2006). “*Schizophrenia and Bipolar Disorders: Diagnosis, Descriptive Epidemiology, and Natural History*”. John Hopkins Blomberg School of Public Health, diakses pada tanggal 25 Mei 21016.
- Winaryani, Dini Tri. (2014). Tiap Tahun, Jumlah Penderita Gangguan Jiwa di Solo Meningkat. <http://joglosemar.co/2014/12/tiap-tahun-jumlah-penderita-gangguan-jiwa-di-solo-meningkat.html> diakses pada tanggal 17 Oktober 2015.