

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Telaah Pustaka**

##### **1. Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Jiwa.**

Keselamatan pasien adalah prinsip dasar kesehatan, dalam setiap proses pemberian pelayanan kesehatan berkaitan dengan tindakan yang tidak aman (WHO, 2008). Sistem perawatan kesehatan di seluruh dunia memiliki tujuan bersama dalam rangka meningkatkan kualitas dan keamanan pelayanan, meskipun terdapat beberapa perbedaan dalam struktur, sumber daya, akuntabilitas dan prioritas, keselamatan pasien secara luas diakui sebagai komponen penting dari kesehatan. Keselamatan pasien merupakan tantangan yang perlu mendapat perhatian penting dalam domain kesehatan masyarakat. Organisasi pelayanan kesehatan jiwa berkaitan dengan faktor-faktor yang kompleks yang berinteraksi dengan hal-hal di luar keselamatan pasien. Keselamatan pasien tidak

hanya pada tingkat organisasi dan teknologi, tetapi juga pada tingkat individu dan sosial (Sousa, et al, 2009).

Keselamatan pasien adalah kebutuhan dasar dalam pemberian pelayanan kesehatan di dalam hierarki maslow seperti halnya kebutuhan biologis, psikologis. Adanya *error* di dalam pemberian pelayanan kesehatan mengakibatkan adanya sebuah ancaman keselamatan bagi pasien, *error* adalah kegagalan dalam tindakan, dimana apa yang telah direncanakan tidak sesuai dengan kenyataan, dan kejadian cedera lebih diakibatkan oleh karena kesalahan dalam manajemen di dalam pelayanan kesehatan bukan karena kondisi pasien, Hasil penelitian menunjukkan bahwa **kesalahan dapat dicegah** dengan merancang sistem yang membuat sulit bagi orang untuk melakukan hal yang salah dan mudah bagi orang untuk melakukan hal yang benar (Ulrich, & Kear, 2014)

Keselamatan pasien adalah “suatu sistem dimana rumah sakit membuat suatu asuhan kepada

pasien dengan tujuan agar pasien lebih aman” (Kementerian Kesehatan RI, 2006). Keselamatan pasien adalah sebuah proses yang dijalankan oleh organisasi yang memiliki tujuan untuk membuat layanan kesehatan kepada pasien berada pada derajat keamanan yang lebih baik (*National Patient Safety Agency*, 2003). Proses tersebut mencakup pengkajian risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisa insiden, dan kemampuan belajar dari suatu kejadian, menindaklanjuti suatu kejadian, dan menerapkan solusi untuk meminimalkan risiko berulangnya kejadian serupa *National Patient Safety Agency* (2003), Keselamatan pasien merupakan suatu upaya pencegahan, penghindaran, dan upaya perbaikan dari suatu kejadian yang tidak diharapkan atau cedera akibat dari proses dalam pemberian pelayanan kesehatan (Cooper, 2000).

Keselamatan pasien adalah pengurangan dan *mitigasi* tindakan yang tidak aman dalam sistem perawatan kesehatan, serta melalui penggunaan praktik

terbaik untuk mendapatkan hasil yang optimal pada pasien (Bruce, et al, 2006). Keselamatan pasien adalah suatu upaya untuk mencegah sesuatu yang dapat membahayakan pasien. Penekanannya pada pencegahan *error*, belajar dari kesalahan yang dilakukan terjadi, dan dibangun di atas budaya keselamatan yang melibatkan para profesional perawatan kesehatan, organisasi, dan pasien (Hughes, 2008).

Dapat disimpulkan bahwa keselamatan pasien merupakan sistem dari pelayanan kesehatan yang memiliki tujuan untuk membuat asuhan pada pasien sehingga menjadi lebih aman, dimana terdapat proses pengkajian risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisa insiden, dan kemampuan belajar dari suatu kejadian, menindaklanjuti suatu kejadian, dan menerapkan solusi untuk meminimalkan risiko berulangnya kejadian yang tidak diharapkan atau cedera akibat proses pelayanan kesehatan.

Pada setiap tenaga kesehatan dibutuhkan teknik dan kompetensi dalam keselamatan pasien. Teknik yang baik dibutuhkan oleh tenaga kesehatan karena mereka harus tahu mengenai apa yang mereka lakukan untuk mempertahankan standar yang tinggi pada perawatan dan kualitas asuhan yang diberikan pada pasien (Reid, & Bromiley, 2012). Hasil penelitian menunjukkan bahwa 70% dari kesalahan tindakan prosedur dikaitkan dengan gangguan dalam interaksi diantara tim kesehatan. Kunci dari keselamatan pasien adalah komunikasi dan kerjasama di dalam tim kesehatan (Coburn, & Croll, 2011).

Ada beberapa istilah dalam yang digunakan dalam keselamatan pasien diantaranya adalah:

1. Kesalahan Medis atau *Medical Error*.

Menurut Kohn (2000) kesalahan medis atau adalah kesalahan yang terjadi dalam pemberian asuhan medis yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera kepada pasien.

2. Kejadian tidak diharapkan (KTD) atau *Adverse Event*.

Menurut Kohn (2000) kejadian tidak diharapkan (KTD) atau *Adverse Event* adalah kejadian yang mengakibatkan cedera pasien akibat pelaksanaan suatu tindakan atau akibat tidak melaksanakan tindakan yang perlu dilakukan, dan bukan karena penyakit dasar atau kondisi pasien.

3. Kejadian nyaris cedera (KNC) atau *Near Miss Incident*.

Menurut *Joint Commission on Hospital Accreditation* (JCAHO) yang dikutip oleh *The University Texas MD Anderson Cancer Center* (UTMDACC,2005), Kejadian Nyaris Cedera (KNC) atau *Near Miss Incident* adalah keadaan yang tidak menimbulkan terjadinya kejadian tidak diharapkan (KTD), namun memiliki kesempatan besar untuk terjadinya kejadian tidak diharapkan (KTD).

Masalah keselamatan pasien sebenarnya bukan merupakan hal yang baru. Catatan paling awal mengenai pelaporan kejadian tidak diharapkan (KTD) sudah ada sejak tahun 1950an, dengan sebagian besar masalah berupa pengabaian pasien, (*World Alliance on Patient Safety*, 2004). Pada tahun 1985, terbentuk *Anesthesia Patient Safety Foundation* (APSF) sebagai organisasi pertama multidisiplin yang independen yang didirikan untuk membantu mencegah KTD yang masih dapat dicegah, terutama yang berkaitan dengan kesalahan manusia, (*Anesthesia Patient Safety Foundation*, 2010). Puncaknya pada tahun 1999, *Institute of Medicine* menerbitkan *To Err is Human: Building a Safer Health System* sehingga yang memunculkan berbagai data yang menyebabkan keselamatan pasien menjadi perhatian utama pengambil kebijakan di bidang kesehatan.

Keselamatan pasien di Indonesia diatur dalam Undang-Undang No. 44 tahun 2009 tentang rumah sakit. Ada banyak pasal yang berkaitan dengan upaya keselamatan pasien atau *patient safety*. Bahkan Undang

Undang Rumah Sakit memiliki bagian tersendiri, yaitu bagian kelima, yang secara khusus membahas keselamatan pasien, di bagian tersebut disampaikan bahwa rumah sakit wajib menerapkan standar keselamatan pasien, penjelasan singkat mengenai pelaksanaan standar keselamatan pasien, pelaporan kegiatan keselamatan pasien kepada komite khusus, pelaporan insiden keselamatan pasien yang dibuat secara anonim, dan penjelasan mengenai peraturan yang akan mengatur lebih lanjut ketentuan mengenai keselamatan pasien. Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) membentuk Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) untuk menangani masalah keselamatan pasien di Indonesia. Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit memiliki tugas pokok mendorong dan membina gerakan keselamatan pasien di seluruh sarana pelayanan kesehatan di Indonesia. (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit, 2007).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor yang berkontribusi di dalam keselamatan pasien adalah



komorbiditas dan status sosial ekonomi, komorbiditas indeks diukur melalui tingkat keparahan penyakit yang dialami dan faktor sosial ekonomi berkaitan dengan umur, status pernikahan, status pekerjaan dan pendidikan (Bruce, et al, 2006)

Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) merupakan syarat untuk diterapkan di semua rumah sakit yang diakreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit. Penyusunan sasaran ini mengacu kepada *Nine Life-Saving Patient Safety Solutions* dari *World Health Organization* (WHO) dalam Sutanto (2014), *Patient Safety* (2007), yang digunakan juga oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit PERSI (KKP-RS, PERSI), dan dari *Joint Commission International* (JCI). Maksud dari sasaran keselamatan pasien adalah mendorong perbaikan spesifik dalam keselamatan pasien. Sasaran menyoroti bagian-bagian yang bermasalah dalam pelayanan kesehatan dan menjelaskan bukti serta solusi dari konsensus berbasis bukti dan keahlian atas permasalahan ini. *Design* sistem yang baik secara

*intrinsik* adalah untuk memberikan pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu tinggi, sedapat mungkin sasaran secara umum difokuskan pada solusi-solusi yang menyeluruh.

Ada 6 (enam) sasaran keselamatan pasien, adalah tercapainya hal-hal sebagai berikut :

### **Sasaran I : Ketepatan Identifikasi Pasien.**

#### Standar SKP I

Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk memperbaiki / meningkatkan ketelitian identifikasi pasien. pertama, untuk identifikasi pasien sebagai individu yang akan menerima pelayanan atau pengobatan; dan kedua, untuk kesesuaian pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut.

#### Maksud dan Tujuan Sasaran I

Kesalahan karena keliru dalam mengidentifikasi pasien dapat terjadi di hampir semua aspek/tahapan diagnosis dan pengobatan. Kesalahan identifikasi pasien bisa terjadi pada pasien yang dalam keadaan terbius/tersedasi, mengalami disorientasi, tidak sadar, bertukar tempat

tidur/kamar/lokasi di rumah sakit, adanya kelainan sensoris, atau akibat situasi lain. Maksud sasaran ini adalah untuk melakukan dua kali pengecekan yaitu: Kebijakan dan/atau prosedur yang secara kolaboratif dikembangkan untuk memperbaiki proses identifikasi, khususnya pada proses untuk mengidentifikasi pasien ketika pemberian obat, darah, atau produk darah; pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis; atau pemberian pengobatan atau tindakan lain.

Kebijakan dan/atau prosedur memerlukan sedikitnya dua cara untuk mengidentifikasi seorang pasien, seperti nama pasien, nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang identitas pasien dengan *bar-code*, dan lain-lain. Nomor kamar pasien atau lokasi tidak bisa digunakan untuk identifikasi. Kebijakan dan atau prosedur juga menjelaskan penggunaan dua identitas berbeda di lokasi yang berbeda di rumah sakit, seperti di pelayanan rawat jalan, unit gawat darurat, atau ruang operasi termasuk identifikasi pada pasien koma tanpa identitas. Suatu proses kolaboratif digunakan untuk mengembangkan kebijakan

dan/atau prosedur agar dapat memastikan semua kemungkinan situasi untuk dapat diidentifikasi.

## **Sasaran II : Peningkatan Komunikasi Yang Efektif.**

### Standar SKP II

Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk meningkatkan efektivitas komunikasi antar para pemberi layanan.

### Maksud dan Tujuan Sasaran II

Komunikasi efektif, yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan yang dipahami oleh pasien, akan mengurangi kesalahan, dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien. Komunikasi dapat berbentuk elektronik, lisan, atau tertulis. Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan kebanyakan terjadi pada saat perintah diberikan secara lisan atau melalui telepon. Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan yang lain adalah pelaporan kembali hasil pemeriksaan kritis, seperti melaporkan hasil laboratorium klinik *cito* melalui telepon ke unit pelayanan. Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan atau

prosedur untuk perintah lisan dan telepon termasuk: mencatat (memasukkan ke komputer) perintah yang lengkap atau hasil pemeriksaan oleh penerima perintah; kemudian penerima perintah membacakan kembali (*read back*) perintah atau hasil pemeriksaan; dan mengkonfirmasi bahwa apa yang sudah dituliskan dan dibaca ulang adalah akurat. Kebijakan atau prosedur pengidentifikasian juga menjelaskan bahwa diperbolehkan tidak melakukan pembacaan kembali (*read back*) bila tidak memungkinkan seperti di kamar operasi dan situasi gawat darurat di IGD atau ICU.

**Sasaran III : Peningkatan Keamanan Obat yang Perlu  
Diwaspadai (*High Alert*).**

Standar SKP III

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memperbaiki keamanan obat-obat yang perlu diwaspadai (*high-alert*).

Maksud dan Tujuan Sasaran III

Bila obat-obatan menjadi bagian dari rencana pengobatan pasien, manajemen harus berperan secara kritis untuk memastikan keselamatan pasien. Obat-obatan yang perlu diwaspadai (*high-alert medications*) adalah obat yang sering menyebabkan terjadi kesalahan/kesalahan serius (*sentinel event*), obat yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (*adverse outcome*) seperti obat-obat yang terlihat mirip dan kedengarannya mirip (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM, atau *Look Alike Sound Alike/LASA*).

**Sasaran IV : Kepastian Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, Tepat-Pasien Operasi.**

Standar SKP IV

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memastikan tepat-lokasi, tepat-prosedur, dan tepat-pasien.

#### Maksud dan Tujuan Sasaran IV

Salah-lokasi, salah-prosedur, salah-pasien pada operasi, adalah sesuatu yang mengkhawatirkan dan tidak jarang terjadi di rumah sakit. Kesalahan ini adalah akibat dari komunikasi yang tidak efektif atau yang tidak adekuat antara anggota tim bedah, kurang/tidak melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi (*site marking*), dan tidak ada prosedur untuk verifikasi lokasi operasi. Di samping itu, asesmen pasien yang tidak adekuat, penelaahan ulang catatan medis tidak adekuat, budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antar anggota tim bedah, permasalahan yang berhubungan dengan tulisan tangan yang tidak terbaca (*illegible handwriting*) dan pemakaian singkatan adalah faktor-faktor kontribusi yang sering terjadi.

## **Sasaran V : Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan.**

Standar SKP V Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.

### Maksud dan Tujuan Sasaran V

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan terbesar dalam tatanan pelayanan kesehatan, dan peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan keprihatinan besar bagi pasien maupun para profesional pelayanan kesehatan. Infeksi biasanya dijumpai dalam semua bentuk pelayanan kesehatan termasuk infeksi saluran kemih, infeksi pada aliran darah (*blood stream infections*) dan *pneumonia* (sering kali dihubungkan dengan ventilasi mekanis). Pusat dari eliminasi infeksi ini maupun infeksi-infeksi lain adalah cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat.



## **Sasaran VI : Pengurangan Risiko Pasien Jatuh.**

Standar SKP VI

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko pasien dari cedera karena jatuh.

Maksud dan Tujuan Sasaran VI

Jumlah kasus jatuh cukup bermakna sebagai penyebab cedera bagi pasien rawat inap. Dalam konteks populasi/masyarakat yang dilayani, pelayanan yang disediakan, dan fasilitasnya, rumah sakit perlu mengevaluasi risiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi risiko cedera bila sampai jatuh.

### **2. Insiden Keselamatan Pasien.**

Berikut ini adalah data terkait insiden keselamatan pasien dari layanan kesehatan di beberapa negara yang diambil dari *World Alliance on Patient Safety Forward Programme* (2005):

<b>Penelitian</b>	<b>Fokus penelitian (tahun perawatan)</b>	<b>Jumlah rawat RS</b>	<b>Insiden Keselamatan Pasien</b>	<b>Persentase</b>
Amerika Serikat (Harvard Medical Practise Study)	<i>Acute care hospital</i> (1984)	30.195	1.133	3,8
Amerika Serikat (Utah Colorado Study (UTCOS))	<i>Acute care hospital</i> (1992)	14.565	475	3,2
Australia (Quality in Australian Health Care Study (QAHCS))	<i>Acute care hospital</i> (1992)	14.179	2.353	16,6
Australia (QAHCS)	<i>Acute care hospital</i> (1992)	14.179	1.499	10,6
Inggris Raya	<i>Acute care hospital</i> (1999-2000)	1.014	119	11,7
Denmark	<i>Acute care hospital</i> (1998)	1.097	176	9,0
New Zeland	<i>Acute care hospital</i> (1998)	6.579	849	12,9
Kanada	<i>Acute and community hospital</i> (2001)	3.720	279	7,5

**Tabel 2.1 Insiden Keselamatan *World Alliance Patient***

***Safety Forward Programme 2005***

Sementara itu, berdasarkan dari area keselamatan pasien, data yang diperoleh dari WHO (2009) adalah:

a. Layanan kesehatan ibu dan anak.

Sekitar 2 juta ibu dan bayi meninggal akibat komplikasi persalinan. Sebagian besar insiden tersebut terjadi pada negara berkembang, dan jumlah insiden yang dapat dicegah banyak.

b. Infeksi nosokomial.

Infeksi nosokomial diperkirakan mengenai 1,4 juta orang. Di negara berkembang, rata-rata sekitar 5-10% pasien rawat inap terkena infeksi nosokomial.

c. Koordinasi dan komunikasi.

Berdasarkan penelitian pada tahun 2005, masalah komunikasi merupakan penyebab tunggal terbesar yang menyebabkan hampir 70% kejadian tidak diharapkan di rumah sakit.

d. Penggunaan alat suntik yang tidak aman.

Sekitar 40% tindakan injeksi di seluruh dunia menggunakan alat suntik dan jarum yang tidak sekali pakai, tanpa proses pensterilan terlebih dahulu. Tindakan tersebut mengakibatkan 1,3 juta kematian tiap tahun di seluruh dunia, kehilangan 26

juta tahun usia hidup, dan beban biaya kesehatan langsung sebesar US\$ 535 juta per tahun.

e. Produk darah yang tidak aman.

Diperkirakan sekitar 5-10% infeksi HIV di negara berkembang disebabkan oleh transfusi darah yang tidak aman.

f. Efek samping obat.

Berdasarkan penelitian, diperkirakan sekitar 10% pasien mengalami efek samping obat yang sebagian besar dapat dicegah. Pada beberapa negara, angka rawat inap akibat efek samping obat mencapai lebih dari 10% total rawat inap.

g. Tindakan bunuh diri.

Kejadian bunuh diri di Rumah Sakit Jiwa sebesar 52%. Angka kejadian bunuh diri sekitar 5 - 15 pasien pada 100.000 penerimaan pasien baru di Rumah Sakit Jiwa.

### 3. Kejadian Sentinel.

Menurut *Joint Commission on Hospital Accreditation* yang dikutip oleh *The University Texas MD Anderson Cancer Center* (2005), kejadian sentinel (KS) atau sentinel *event* adalah kejadian tidak terduga yang mengakibatkan kematian, cedera berat pada fisik atau psikologis, atau risiko yang mengarah ke kematian atau cedera berat. Istilah ini dipakai untuk kejadian yang sangat tidak diharapkan atau tidak dapat diterima. Contoh dari kejadian sentinel adalah tindakan operasi di bagian tubuh yang salah. Berdasarkan Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit yang disusun oleh Kementerian Kesehatan RI tahun 2006, tujuan program keselamatan pasien antara lain:

- a. Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit.
- b. Meningkatnya akutanbilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat.
- c. Menurunnya kejadian tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit.

- d. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan.

Sebuah peristiwa sentinel merupakan kejadian yang tak terduga yang melibatkan kematian atau fisik yang serius atau cedera psikologis, atau risiko tersebut, cedera serius khusus termasuk hilangnya bagian tubuh atau fungsi. Peristiwa seperti ini disebut "sentinel" karena membutuhkan investigasi dan respon segera. Istilah "sentinel *event*" dan "kesalahan" yang tidak sama; tidak semua peristiwa sentinel terjadi karena kesalahan, dan tidak semua kesalahan mengakibatkan kejadian sentinel (CAMH, 2013).

Tujuan dari kebijakan mengenai pencegahan peristiwa sentinel:

- a. Agar dapat memberikan dampak positif dalam meningkatkan perawatan pasien, pengobatan, dan layanan dan mencegah kejadian sentinel.
- b. Agar menjadi perhatian khusus bagi rumah sakit yang pernah mengalami kejadian sentinel agar

dapat memahami faktor-faktor yang berkontribusi terhadap peristiwa tersebut (seperti penyebab, kondisi laten dan kegagalan aktif dalam sistem pertahanan, atau budaya organisasi), dan mengubah budaya rumah sakit, sistem, dan proses untuk mengurangi kemungkinan peristiwa sentinel terjadi di masa yang akan datang.

- c. Untuk meningkatkan pengetahuan umum tentang kejadian sentinel, faktor, dan strategi untuk pencegahan.
- d. Untuk menjaga kepercayaan dari Komisi Akreditasi Rumah Sakit di dalam proses akreditasi maupun setelah akreditasi.

#### **4. Bunuh Diri (*Suicide*).**

Hasil penelitian menunjukkan adanya peningkatan angka jumlah bunuh diri pada pasien dengan gangguan jiwa pada tahun 2010 dibandingkan dengan data tahun 1990. Data dari *global burden of disease* menunjukkan bahwa angka kematian yang

disebabkan oleh bunuh diri menduduki peringkat ke 13 penyebab kematian di semua sektor kesehatan. Bunuh diri terjadi pada 5% perempuan dan 6% laki laki pada rentang usia 19-50 tahun. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa apabila dibandingkan dengan populasi pada umumnya, orang dengan gangguan jiwa memiliki resiko yang lebih tinggi untuk melakukan bunuh diri (Chesney, Goodwin, & Fazel, 2014). Data dari WHO menunjukkan bahwa kurang lebih 1 juta orang meninggal diakibatkan bunuh diri di dunia, 18 dari 100.000 orang laki laki melakukan bunuh diri, dan 11 dari 100.000 orang perempuan melakukan bunuh diri (Wasserman, et al, 2012).

Bunuh diri adalah perilaku yang merugikan diri sendiri dan berpotensi menyebabkan cedera bahkan menimbulkan kematian yang didasari oleh keinginan secara eksplisit maupun implisit untuk mengakhiri hidup atau kematian. Perilaku bunuh diri dapat di konseptualisasikan sebagai proses yang kompleks, yang berkembang dari waktu ke waktu. Hal ini dapat berkisar



dari ide bunuh diri, yang kemudian dikomunikasikan melalui cara-cara verbal maupun non-verbal. Melakukan percobaan bunuh diri, dan dalam beberapa kasus sampai terjadi kasus bunuh diri. Proses bunuh diri dipengaruhi oleh berinteraksi biologis, psikologis, lingkungan dan saat ini faktor situasional (Wasserman, et al 2012). Pasien dengan gangguan jiwa mempunyai resiko lebih tinggi untuk melakukan bunuh diri. Hasil penelitian menunjukkan bahwa diagnosis utama pada pasien gangguan jiwa yang melakukan bunuh diri adalah gangguan *depresif* (43%) dan gangguan *psikotik* lainnya (28%).Sebagian besar memiliki riwayat percobaan bunuh diri sebelumnya baik ide maupun perilaku, sebanyak 215 pasien (43%) menunjukkan tanda-tanda akan melakukan bunuh diri yang intens selama dua bulan sebelum melakukan bunuh diri (Huisman, Kerkhof, & Robben, 2011).

Bunuh diri merupakan kematian diri sendiri secara sengaja dengan bukti bahwa orang tersebut memang bermaksud untuk mati (Masango, Rataemane,

& Motojesi). Definisi lain disebutkan bahwa bunuh diri merupakan kematian yang ditimbulkan oleh cedera, keracunan, atau sesak nafas dimana terbukti bahwa orang yang meninggal memang bermaksud untuk membunuh dirinya sendiri (Stuart, 2013).

**a. Jenis-jenis risiko bunuh diri.**

Menurut Keliat, Akemat, Helena, & Nurhaeni (2014) perilaku bunuh diri terdiri dari tiga jenis yaitu:

1) Isyarat bunuh diri.

Isyarat bunuh diri ditunjukkan dengan berperilaku secara tidak langsung ingin bunuh diri, misalnya: dengan mengatakan “Tolong jaga anak-anak karena saya akan pergi jauh” atau “Segala sesuatu akan lebih baik tanpa saya”. Pada kondisi ini pasien mungkin sudah memiliki ide untuk mengakhiri hidupnya, namun tidak disertai dengan ancaman dan percobaan bunuh diri. Pasien umumnya mengungkapkan perasaan seperti rasa

bersalah/sedih/marah/putus asa /tidak berdaya. Pasien juga mengungkapkan hal-hal negatif tentang diri sendiri yang menggambarkan harga diri rendah. Berpikir untuk melakukan bunuh diri (Garg, Trivedi, Dhyani, 2007).

## 2) Ancaman bunuh diri.

Ancaman bunuh diri umumnya diucapkan oleh pasien, berisi keinginan untuk mati disertai dengan rencana untuk mengakhiri kehidupan dan persiapan alat untuk melaksanakan rencana tersebut. Secara aktif pasien telah memikirkan rencana bunuh diri, namun tidak disertai dengan percobaan bunuh diri. Walaupun dalam kondisi ini pasien belum mencoba bunuh diri, pengawasan ketat harus dilakukan. Kesempatan sedikit saja dapat dimanfaatkan pasien untuk melaksanakan rencana bunuh dirinya. Ekspresi secara langsung maupun secara tidak langsung dari ide

bunuh diri yang muncul (Garg, Trivedi, Dhyani, 2007).

3) Percobaan bunuh diri.

Percobaan bunuh diri adalah tindakan pasien mencederai atau melukai diri untuk mengakhiri kehidupannya. Pada kondisi ini, pasien aktif mencoba bunuh diri dengan cara gantung diri, minum racun, memotong urat nadi, atau menjatuhkan diri dari tempat yang tinggi. Berdasarkan jenis-jenis bunuh diri ini dapat dilihat data-data yang harus dikaji pada setiap jenisnya. Setelah melakukan pengkajian, dapat merumuskan diagnosa keperawatan berdasarkan tingkat resiko dilakukannya bunuh diri.

**b. Faktor Prediktor Percobaan Bunuh Diri di Rumah Sakit Jiwa.**

Faktor faktor prediktor perilaku *suicide*:

1) Jenis Kelamin.

Hasil penelitian terdahulu menunjukkan bahwa jenis kelamin berpengaruh terhadap percobaan bunuh diri, laki laki lebih banyak melakukan percobaan bunuh diri dibandingkan dengan perempuan (Huisman, Kerkhof & Robben, 2011). Perbedaan laki laki dan perempuan yaitu, perempuan mempunyai kecenderungan untuk mencari dan menerima pertolongan dari orang lain dan profesional, sedangkan laki laki sering melihat bahwa apabila mencari pertolongan adalah sebuah kelemahan (Townsend, 2010)

## 2) Riwayat bunuh diri sebelumnya.

Riwayat percobaan bunuh diri sebelumnya dapat menjadi faktor prediktor yang kuat bagi seseorang untuk mengulangi melakukan percobaan bunuh diri (Wasserman, et al, 2012). Hasil penelitian yang lainnya menunjukkan bahwa riwayat percobaan bunuh diri sebelumnya berpengaruh positif paling

besar pada perilaku bunuh diri pasien gangguan jiwa (Large, et al, 2011).

3) Lama sakit.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa lamanya sakit gangguan jiwa berpengaruh terhadap perilaku bunuh diri, rata rata  $9,9 \pm 8,3$  tahun (Chen, Tzeng, Cheng, & Lin, 2012).

4) Usia.

Perilaku bunuh diri lebih banyak pada usia yang lebih muda (Chen, Tzeng, Cheng, & Lin, 2012). Pada usia yang lebih muda lebih besar beresiko melakukan tindakan bunuh diri dikarenakan banyak faktor, ditambah dengan adanya gangguan *mood* yang tidak tertangani dan penyalahgunaan zat (Townsend, 2010)

5) Riwayat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

Hasil penelitian menunjukkan apabila ada anggota keluarga yang mengalami gangguan

jiwa, pada pasien di unit rawat psikiatri mempunyai resiko yang lebih besar untuk melakukan tindakan percobaan bunuh diri (Chen, Tzeng, Cheng, & Lin, 2012). Hasil penelitian menunjukkan bahwa variasi gen mengindikasikan hasil yang signifikan untuk terjadinya *suicide*, terutama pada orang tua yang sama jenis kelaminnya (Townsend, 2010).

**c. Upaya Penanganan Pasien Bunuh Diri di Rumah Sakit Jiwa.**

Standar Prosedur Operasional (SPO) mengenai pencegahan atau penatalaksanaan percobaan bunuh diri di Rumah Sakit Jiwa Prof Dr Soerojo Magelang adalah sebagai berikut:

- 1) Sarana prasarana: Ruang pasien di *design* agar mudah untuk pengawasan (tembus pandang, tanpa halangan untuk pengawasan dari ruang perawat), peralatan yang ada di *desgin* untuk

tidak membuka peluang untuk percobaan bunuh diri (seperti teralis jendela, daun pintu yang membuka keluar), pengawasan alat alat yang bisa digunakan untuk bunuh diri (seperti: mitela, sprei, baju dan lain lain), tidak menggunakan alat makan dari kaca.

2) Sumber daya manusia:

Tersedianya sumber daya yang memadai dalam kuantitas dan kualitas yang selalu siaga di ruang perawatan.

3) Prosedur:

- a) Mencatat semua pasien dengan kecenderungan bunuh diri yang ada di ruangan perawatan dan diberi catatan khusus dalam status atau rekam mediknya.
- b) Penanganan kasus terhadap pasien dengan kecenderungan bunuh diri dengan psikofarmaka yang adekuat dan asuhan keperawatan yang sesuai.



- c) Lakukan pengawasan teratur terhadap pasien dengan kecenderungan bunuh diri secara bergilir.
- d) Pastikan pagar, teralis, jendela dalam keadaan aman serta lakukan pengawasan terhadap alat alat yang bisa digunakan untuk bunuh diri (seperti mitela, sprei, baju, alat makan dll)
- e) Segera laporkan bila ada kerusakan pada pagar, teralis jendela untuk segera diperbaiki.
- f) Memberi informasi yang jelas tentang pasien kepada keluarga agar dapat mencegah tindakan bunuh diri bila pasien pulang
- g) Bila terjadi bunuh diri dibuat laporan sesuai dengan penanganan alur keselamatan pasien.

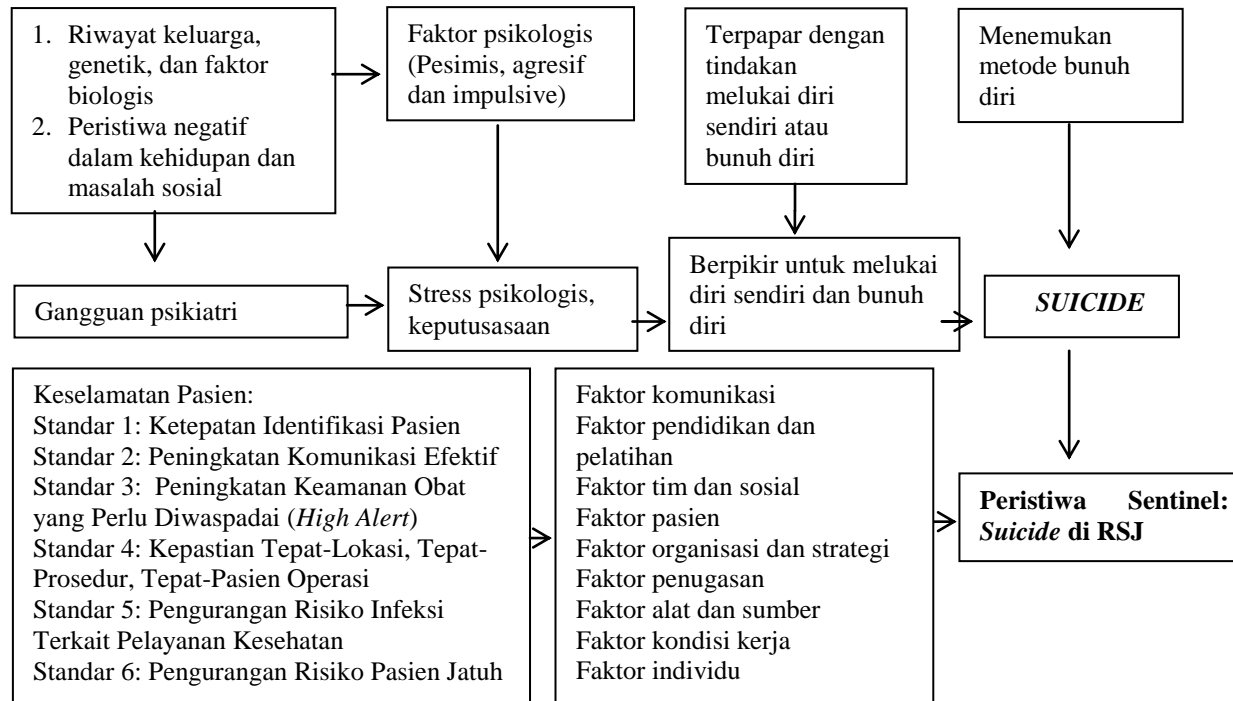
## B. Penelitian Terdahulu.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien di rawat inap di Rumah Sakit Jiwa lebih rentan untuk terjadinya peristiwa sentinel, artinya mempunyai kemungkinan yang lebih tinggi untuk terjadinya kejadian sentinel. Dari 75 (tujuh puluh lima) peristiwa sentinel dari dua rumah sakit yang berbeda antara Rumah Sakit Jiwa dan rumah sakit umum menunjukkan bahwa diagnosis pasien yang paling besar adalah *skizofrenia* (50,67%) diikuti dengan gangguan *bipolar* (18,24%) dan gangguan *depresi* (9,33%). Hasil penelitian yang sudah pernah dilakukan mengenai kejadian sentinel dan faktor - faktor yang menyebabkan bunuh diri pada pasien di Rumah Sakit Jiwa. Dengan menggunakan analisis regresi menunjukkan bahwa relatif faktor yang berhubungan dengan kasus sentinel dengan melakukan bunuh diri pada 29 (dua puluh sembilan) kasus sentinel, faktor yang paling berpengaruh yaitu usia yang lebih muda ( $B = -0,062$ ), pada pendidikan yang lebih tinggi ( $B = -0,256$ ), riwayat bunuh diri sebelumnya ( $B = 2,519$ ) dan riwayat anggota keluarga yang

mengalami gangguan jiwa (B=2,932) (Chen, Tzeng, Ceng & Lin, 2012).

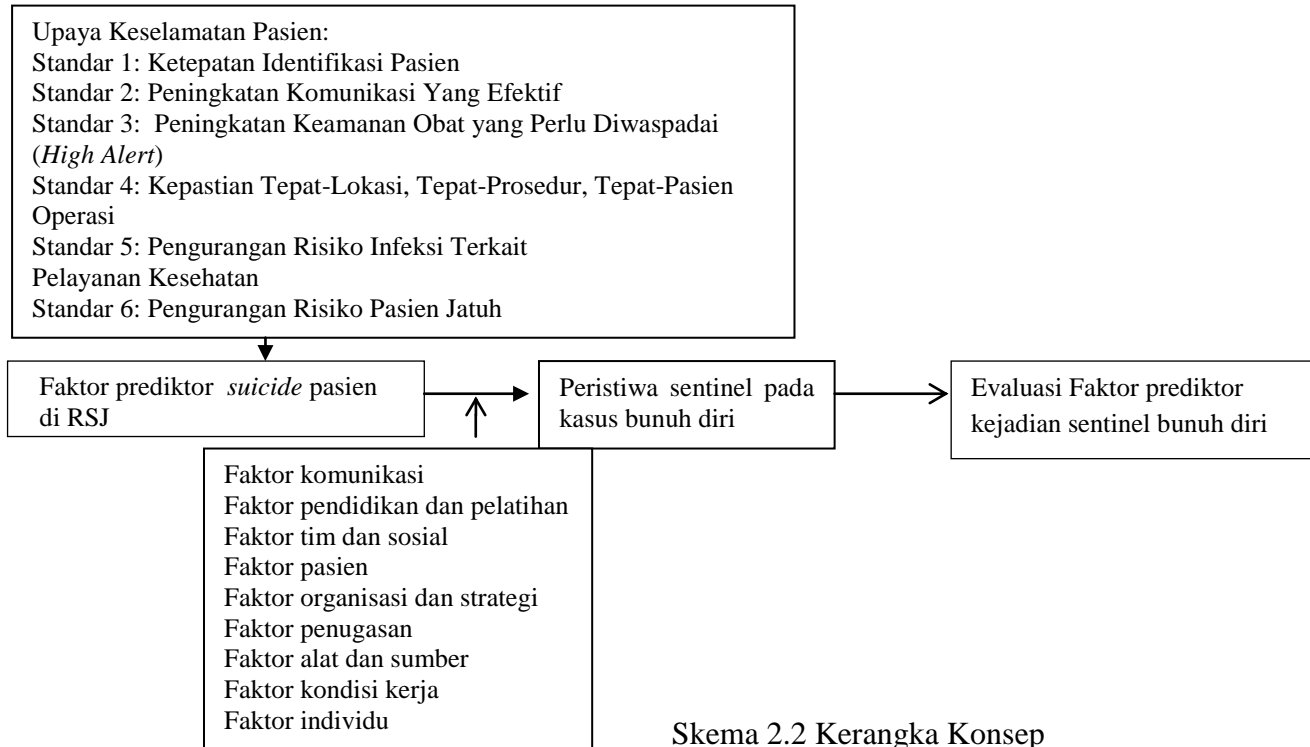
Perbedaan dengan penelitian terdahulu yaitu dari segi metodologi yang digunakan, pada penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif sedangkan pada penelitian terdahulu menggunakan metode penelitian kuantitatif. Fokus pada penelitian ini adalah kejadian bunuh diri di Rumah Sakit Jiwa sedangkan pada penelitian terdahulu membandingkan antara kejadian bunuh diri di Rumah Sakit Jiwa dengan rumah sakit umum. Adapun persamaan dengan penelitian terdahulu yaitu meneliti mengenai faktor - faktor yang menyebabkan kejadian sentinel bunuh diri.

### C. Kerangka Teori.



Skema 2.1 Kerangka Teori (Sousa, et al, 2009; Bruce, et al, 2006; Reid, & Bromiley, 2012; Coburn, & Croll, 2011).

### D. Kerangka Konsep



Skema 2.2 Kerangka Konsep