

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. HASIL PENELITIAN

Penelitian kualitatif yang dilakukan untuk mengetahui faktor-faktor prediktor kejadian sentinel bunuh diri di Rumah Sakit Jiwa dengan mencari tema dari wawancara terstruktur dengan tenaga kesehatan dan tim *patient safety* di Rumah Sakit Jiwa, yang terdiri dari gambaran umum tempat penelitian, hasil uji validitas, karakteristik pasien dan tema mengenai faktor prediktor kejadian sentinel bunuh diri.

1. Profil Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang

Rumah Sakit Jiwa Prof Dr Soerojo Magelang adalah Unit Pelaksana Teknis di Lingkungan Kementerian Kesehatan yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan (Yankes) Kementerian Kesehatan RI. Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang dijadikan sebagai

“Pusat Rujukan Nasional” di dalam kesehatan jiwa. Berdasarkan keputusan Menteri Keuangan No.278/KMK.05/2007 tgl 21 Juni 2007 dan Keputusan Menteri Kesehatan RI No.756/Men.Kes/SK/VI/2007 tgl 26 Juni 2007 Rumah Sakit Jiwa Prof Dr Soerojo Magelang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PPK BLU).

Pelayanan kesehatan jiwa di Rumah Sakit Jiwa Prof Dr Soerojo Magelang meliputi pelayanan gawat darurat, pelayanan rawat jalan, pelayanan rawat inap akut, pelayanan jiwa fisik dan pelayanan rawat inap *maintenance*. Kapasitas tempat tidur di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang sebanyak 600. Adapun karakteristik pasien selama tahun 2012-2016 berdasarkan usia dan jenis kelamin disajikan pada grafik 4.1

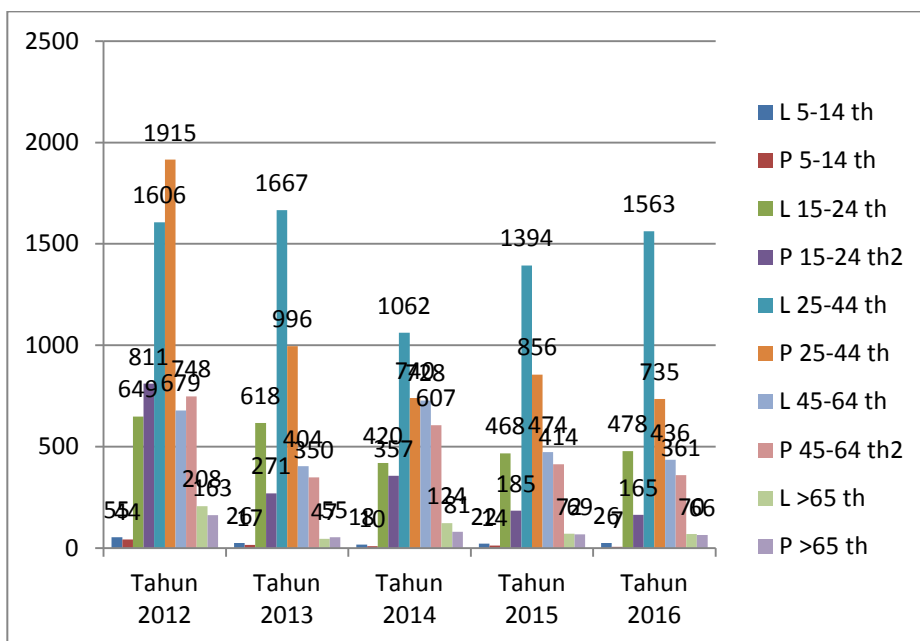


Diagram 4.1 Jumlah Pasien dirawat di RSJ Tahun 2012 – 2016

Adapun jumlah pasien selama tahun 2012 adalah sebanyak 6.878 pasien dengan rincian jumlah pasien laki laki sebanyak 3.179 pasien dan jumlah pasien perempuan sebanyak 3.681 pasien. Pada tahun 2013 jumlah pasien yang dirawat adalah sebanyak 4.451 pasien dengan rincian jumlah pasien laki laki sebanyak 2.762 pasien dan jumlah pasien perempuan sebanyak 1.686 pasien. Pada tahun 2014 jumlah pasien yang dirawat adalah sebanyak

4.147 pasien dengan rincian jumlah pasien laki laki sebanyak 2.352 pasien dan jumlah pasien perempuan sebanyak 1.795 pasien. Pada tahun 2015 jumlah pasien yang dirawat adalah sebanyak 3.988 pasien dengan rincian jumlah pasien laki laki sebanyak 1.538 pasien dan jumlah pasien perempuan sebanyak 2.430 pasien. Pada tahun 2016 jumlah pasien yang dirawat 3.907 laki laki sebanyak 2.573 dan jumlah pasien perempuan sebanyak 1334 pasien.

Jenis pelayanan berdasarkan kelas rawat inap kelas 1,2 dan 3. Pelayanan rawat inap berupa ruangan unit pelayanan intensif psikiatri, ruangan khusus anak remaja, ruangan untuk dewasa dan ruangan psikogeriatric. Ruang rawat inap terdiri dari ruangan putra dan putri, ruangan putra terdiri dari wisma Amarta, wisma Antasena, wisma Puntadewa, wisma Baladewa, wisma Drupada, wisma Matswapati, wisma Basukarna, wisma Abimanyu, wisma Sadewa, wisma Antareja, wisma Gatotkaca, wisma Kresna, wisma Harjuna, dan wisma

Abiyasa dan wisma Indraprasta. Ruangan putri terdiri dari wisma Shinta, wisma Dwarawati, wisma Endang Pergiwo, wisma Utari, wisma Arimbi, wisma Subadra, wisma Setyowati dan wisma Dewi Kunthi.

Ruang rawat inap pada pelayanan kesehatan jiwa terdiri dari ruang unit pelayanan intensif psikiatri putra dan putri, serta ruangan *maintenance* atau ruangan tenang untuk putra dan putri baik pelayanan untuk remaja, dewasa maupun geriatri. Ruangan intensif psikiatri diperuntukan bagi pasien yang baru pertama kali masuk ke Rumah Sakit Jiwa dari IGD dan pasien dengan gaduh gelisah, kriteria pasien masuk Unit Perawatan Intensif Psikiatri menggunakan skor ***Positive and Negative Syndrome Scale ExitedComponent*** (PANSS EC) dimana skor minimal adalah 20, dan salah satu kriteria di dalam skor PANSS EC memiliki nilai 5. Penilaian PANSS EC meliputi: P4 Hiperaktifitas, yang ditampilkan dalam bentuk percepatan perilaku motorik, peningkatan respons terhadap stimuli, waspada berlebihan atau labilitas alam

perasaan yang berlebihan, P7 Gaduh gelisah, ekspresi verbal dan nonverbal tentang kemarahan dan kebencian, termasuk *sarkasme*, perilaku pasif agresif, cacik maki dan penyerangan. G4 Ketegangan, manifestasi yang jelas tentang ketakutan, *ansietas* dan *agitasi*, seperti kekakuan, tremor, keringat berlebihan dan ketidaktenangan. G8 Ketidakkoooperatifan, aktif menolak untuk patuh terhadap keinginan tokoh bermakna termasuk pewawancara, staf rumah sakit atau keluarga yang mungkin disertai dengan rasa tidak percaya, *defensif*, keras kepala, *negativistik*, penolakan terhadap otoritas, *hostilitas* atau suka membangkang. G14 Pengendalian *impuls* yang buruk, gangguan pengaturan dan pengendalian *impuls* yang mengakibatkan pelepasan ketegangan dan emosi yang tiba-tiba tidak teratur, sewenang-wenang atau tidak terarah tanpa merisaukan konsekuensinya. Penghitungan PANSS EC menggunakan skala rentang mulai dari 1: tidak ada, 2: minimal, 3: ringan, 4: sedang, 5: agak berat, 6: berat, 7: sangat berat yang menggambarkan dari masing

masing kategori pada kondisi P4 hiperaktifitas, P7 gaduh gelisah, G4 Ketegangan, G8 Ketidakkoooperatifan.

Ruangan di Unit Perawatan Intensif Psikiatri terdiri dari Ruang Intensif 1 dan 2. Kriteria pasien sudah dapat dipindahkan ke ruang *maintenance* adalah ketika pasien tersebut sudah melewati fase krisis dimana kondisi pasien sudah tenang dan kooperatif.

Setting ruangan di Unit Perawatan Intensif Psikiatri terdapat ruangan isolasi, ruangan observasi, ruang makan, *nurs station*, ruang visite dokter, kamar mandi, ruang pengkajian awal keluarga dan ruang tindakan. Ruangan isolasi diperuntukan bagi pasien yang memerlukan pengawasan khusus atau memiliki resiko khusus pada pasien psikiatri seperti resiko melarikan diri, resiko jatuh atau resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan. Ruangan isolasi diperuntukan hanya bagi satu pasien, dikelilingi teralis, lantai tegel, tempat tidur tidak dapat digeser atau dipindah. Untuk ruangan intensif 2 di dalam satu ruangan terdapat beberapa pasien, terdapat

ruangan kamar mandi dan ruang makan pasien. *Nurs station* berada di tengah tengah antara ruang intensif 1 dan 2, sehingga dapat melakukan observasi secara langsung pada pasien walaupun ada bagian yang tidak dapat diobservasi karena terhalang oleh tembok. Ruang di Unit Perawatan Intensif Psikiatri juga dilengkapi dengan *CCTV* untuk membantu dalam pengawasan atau observasi pasien di ruangan.

Di ruangan *maintenance* atau ruang tenang, *setting* ruangnya yaitu terdiri dari dua sisi, kanan dan kiri. Di dalam satu ruangan terdiri dari beberapa pasien, untuk pasien yang kooperatif biasanya diletakan di salah satu sisi dan tidak dijadikan satu ruangan tempat tidur dengan pasien yang kurang kooperatif atau masih menunjukkan gejala psikiatri yang masih dominan, misalnya *waham*, *halusinasi*. Selain ruangan untuk tempat tidur pasien dengan kapasitas 20 pasien, terdapat pula ruangan untuk makan yang berada ditengah tengah ruangan, kamar mandi dan gudang yang terletak di belakang, ruangan

tindakan di samping ruang tempat tidur, ruangan terapi aktifitas kelompok yang dijadikan satu dengan ruang makan. Ada beberapa ruangan yang dipasang teralis di ruang kamar tidur dan ruang makan, ada pula yang hanya dipasang teralis di ruang kamar tidur pasien. Jarak antara ruang yang satu dengan ruangan yang lainnya kurang lebih 15 - 20 meter.

Rumah Sakit Jiwa Prof Dr Soerojo Magelang memiliki Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS) dan bertugas dalam hal menangani masalah yang berkaitan dengan keselamatan pasien rumah sakit, memberikan pengarahan dan pelaksanaan tentang 7 langkah keselamatan pasien rumah sakit, mengembangkan program pelayanan rumah sakit, melakukan pelatihan internal keselamatan pasien rumah sakit, melakukan pencatatan, pelaporan dan analisa masalah terkait keselamatan pasien termasuk kejadian sentinel, memproses laporan insiden keselamatan pasien serta

2. Karakteristik Pasien Pada Kejadian Sentinel Bunuh Diri

Karakteristik pasien pada kejadian sentinel bunuh diri dikelompokkan berdasarkan jenis kelamin, usia, dan diagnosis medik disajikan pada tabel 4.1.

Tabel 4.1
Karakteristik Pasien Pada Kejadian Sentinel Bunuh Diri

No	Kategori	Jumlah	Presentasi
1.	Jenis Kelamin		
	Laki laki	5	83,33%
	Perempuan	1	16,67%
2.	Usia		
	15-24 tahun	1	16,67%
	24-44 tahun	2	33,33%
	45-65 tahun	2	33,33%
	>65 tahun	1	16,67%
3.	Diagnosis Medik		
	Depresi berat dengan gejala psikotik	3	50,00%
	Depresi berat pasca schizophrenia	1	16,67%
	Skizofrenia Paranoid	2	33,33%

Karakteristik pasien pada kejadian sentinel bunuh diri pada tabel diatas menunjukkan bahwa pasien jenis kelamin laki laki sebanyak 5 orang (83,33%) dan perempuan 1 orang(16,67%), sebagian besar pada usia 24-44 tahun dan rentang usia 45-65 tahun, masing masing

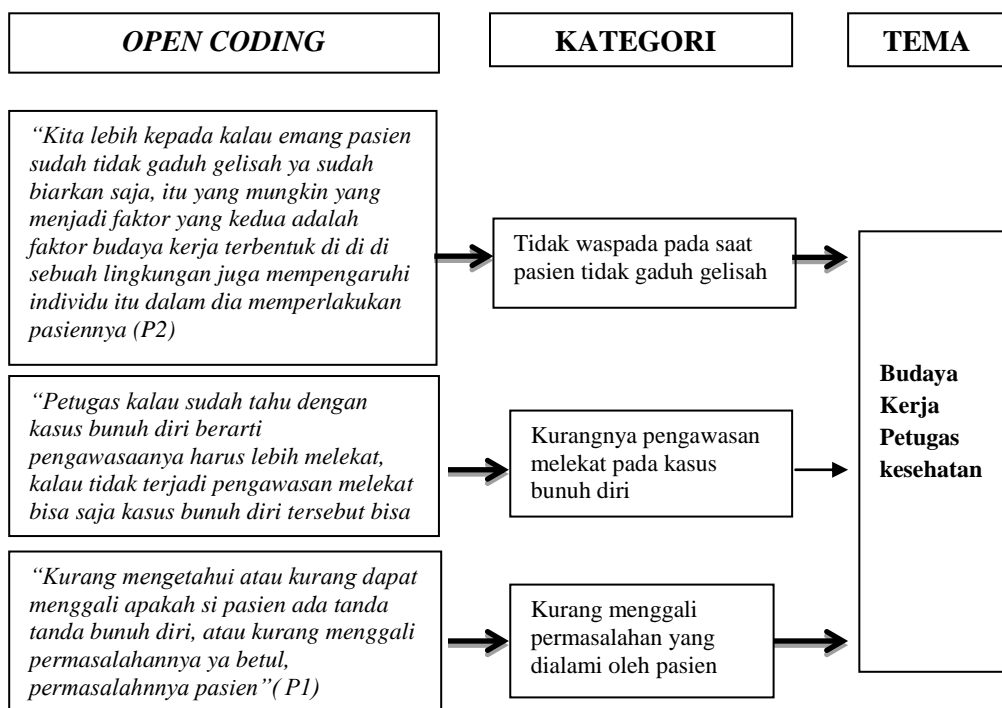
sebanyak 2 orang (33,33%) dan diagnosis medis pasien paling banyak pada *depresi* berat dengan gejala *psikotik* sebanyak 3 orang (50,00%).

3. Tema Hasil Penelitian: Faktor Prediktor Terjadinya Kasus Sentinel Bunuh Diri di Rumah Sakit Jiwa

Tema-tema yang terbentuk tersebut berasal dari hasil analisis beberapa kategori yang muncul setelah peneliti melakukan analisis *open coding* dari tiap transkrip wawancara. Adapun tema tema yang didapatkan adalah:

a. Tema 1: Budaya Kerja Petugas Kesehatan

Terdapat perilaku kurang waspada yang ditunjukkan oleh petugas kesehatan pada saat terjadi kasus sentinel bunuh diri, berikut skema tema dari budaya kerja petugas kesehatan pada saat terjadinya kasus sentinel bunuh diri:



Skema 4.1 Open Coding Tema 1: Budaya Kerja Petugas Kesehatan

Perilaku petugas kesehatan yang kurang waspada pada saat pasien tidak gaduh gelisah mengakibatkan pengawasan yang dilakukan menjadi berkurang. Hal tersebut didukung dengan pernyataan:

“Kita lebih kepada kalau emang pasien sudah tidak gaduh gelisah ya sudah biarkan saja, itu yang mungkin yang menjadi faktor yang kedua adalah faktor budaya kerja terbentuk di di di sebuah

lingkungan juga mempengaruhi individu itu dalam dia memperlakukan pasiennya” (P2)

Pada kasus sentinel bunuh diri diperlukan pengawasan yang melekat ketika pasien tersebut menunjukkan resiko untuk melakukan bunuh diri, apabila pengawasan tidak dilakukan secara melekat maka akan menyebabkan kasus sentinel bunuh diri dapat terjadi, hal tersebut didukung dengan pernyataan:

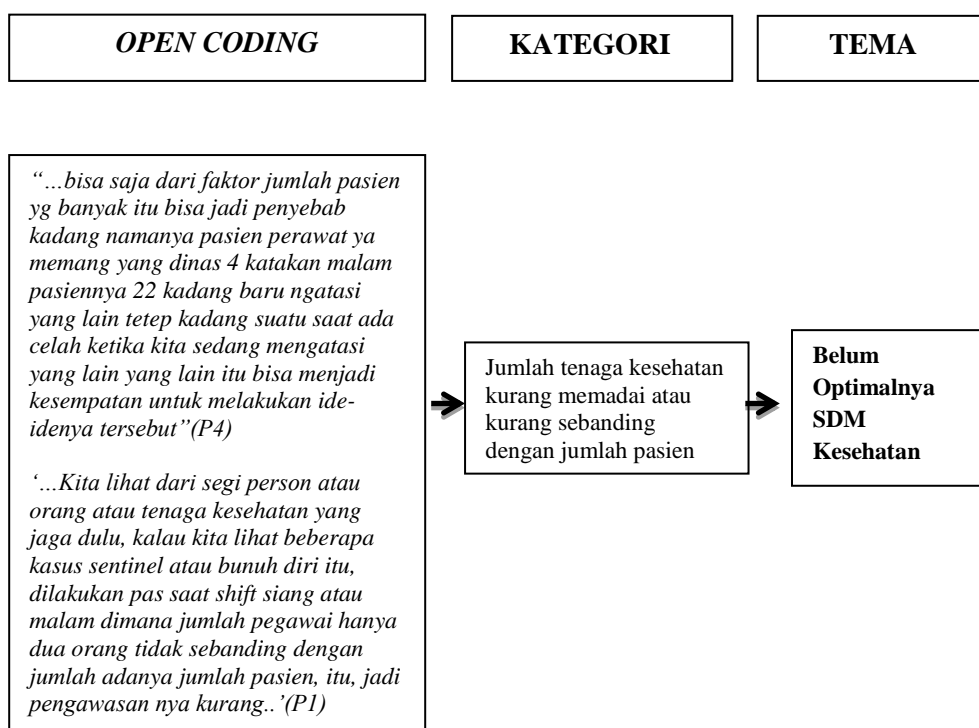
“Petugas kalau sudah tau dengan kasus bunuh diri berarti pengawasannya harus lebih melekat, kalau tidak terjadi pengawasan melekat bisa saja kasus bunuh diri tersebut bisa terjadi..” (P4)

Budaya kerja petugas kesehatan yang ditunjukkan berupa kurang mampu melakukan penggalian permasalahan yang dialami oleh pasien. Permasalahan terkait dengan hal hal yang berkaitan dengan perilaku bunuh diri yang ditunjukkan oleh pasien. Hal tersebut didukung dengan pernyataan:

“Kurang mengetahui atau kurang dapat menggali apakah si pasien ada tanda tanda bunuh diri, atau kurang menggali permasalahannya ya betul, permasalahannya pasien” (P1)

b. Tema 2: Belum mengoptimalkan SDM Kesehatan

Tema yang kedua terkait dengan belum optimalnya SDM kesehatan selama terjadinya kasus sentinel bunuh diri di Rumah Sakit Jiwa. Adapun skema yang dari tema kedua adalah sebagai berikut:



Skema 4.2 *Open Coding* Tema 2 Belum Optimalnya SDM Kesehatan

Belum optimalnya pemanfaatan SDM

Kesehatan menyebabkan terjadinya kasus sentinel

bunuh diri. Hal tersebut didukung dengan pernyataan:

“...bisa saja dari faktor jumlah pasien yg banyak itu bisa jadi penyebab kadang namanya pasien perawat ya memang yang dinas 4 katakan malam pasiennya 22 kadang baru ngatasi yang lain tetep kadang suatu saat ada celah ketika kita sedang mengatasi yang lain yang lain itu bisa menjadi kesempatan untuk melakukan ide-idenya tersebut”(P4)

‘...Kita lihat dari segi person atau orang atau tenaga kesehatan yang jaga dulu, kalau kita lihat beberapa kasus sentinel atau bunuh diri itu, dilakukan pas saat shift siang atau malam dimana jumlah pegawai hanya dua orang tidak sebanding dengan jumlah adanya jumlah pasien, itu, jadi pengawasannya kurang..’(P1)

c. Tema 3: Ketidakpatuhan terhadap SPO Patient Safety oleh petugas

Tema ketiga yang didapatkan yaitu adanya ketidakpatuhan terhadap SPO oleh petugas kesehatan, berikut skema tema yang ketiga. Didalam pelaksanaan SPO petugas kurang memperhatikan SPO dan kebijakan yang ada di rumah sakit untuk pengawasan pasien bunuh diri,

apabila SPO dijalankan sepenuhnya tentunya kejadian sentinel bunuh diri tidak akan terjadi, hal tersebut didukung dengan pernyataan:

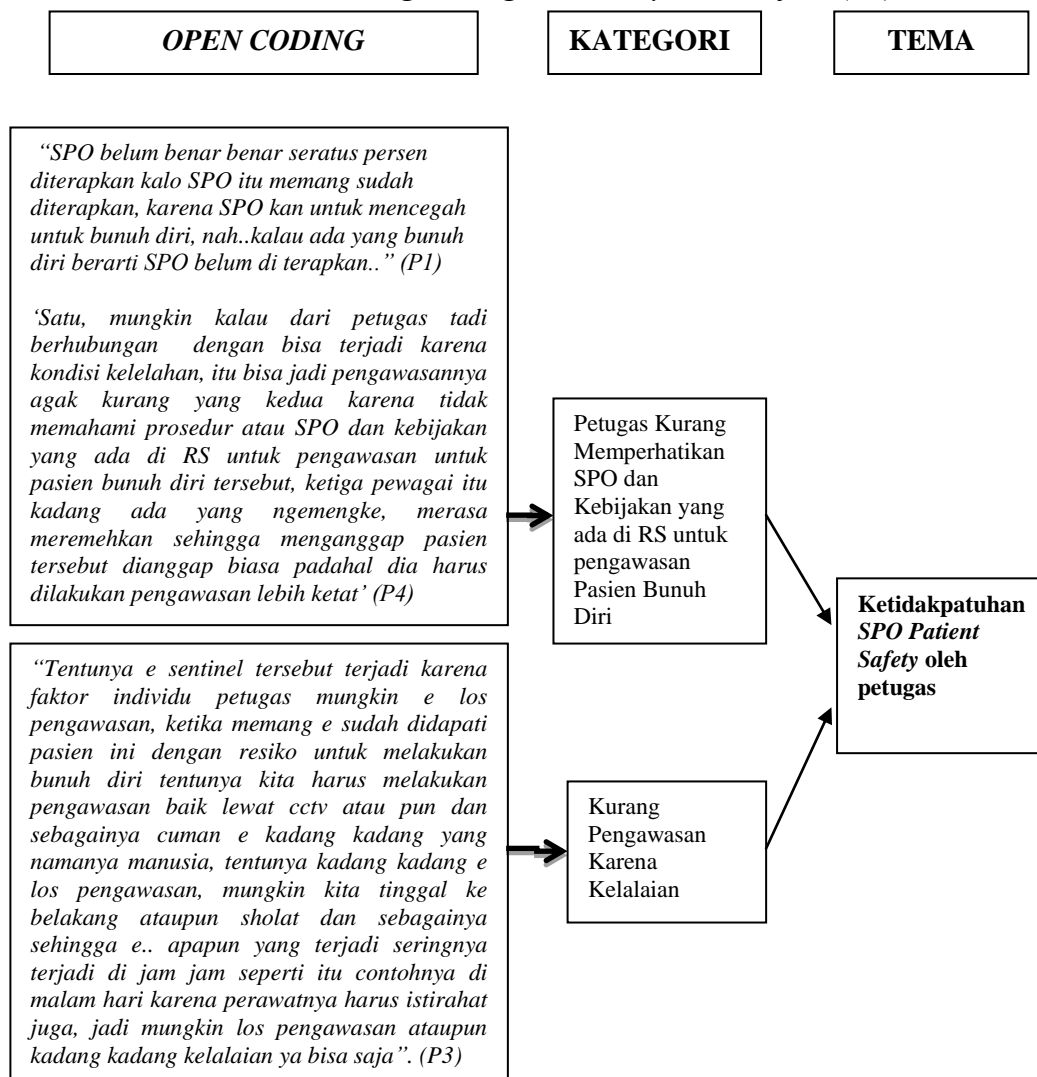
“SPO belum benar benar seratus persen diterapkan kalo SPO itu memang sudah diterapkan, karena SPO kan untuk mencegah untuk bunuh diri, nah.. kalau ada yang bunuh diri berarti SPO belum di terapkan..” (P1)

‘Satu, mungkin kalau dari petugas tadi berhubungan dengan bisa terjadi karena kondisi kelelahan, itu bisa jadi pengawasannya agak kurang yang kedua karena tidak memahami prosedur atau SPO dan kebijakan yang ada di RS untuk pengawasan untuk pasien bunuh diri tersebut, ketiga pegawai itu kadang ada yang ngemengke, merasa meremehkan sehingga menganggap pasien tersebut dianggap biasa padahal dia harus dilakukan pengawasan lebih ketat’ (P4)

Kejadian sentinel bunuh diri juga dikarenakan kurang pengawasan karena kelalaian petugas, hal tersebut didukung dengan pernyataan:

“Tentunya e sentinel tersebut terjadi karena faktor individu petugas mungkin e los pengawasan, ketika memang e sudah didapati pasien ini dengan resiko untuk melakukan bunuh diri tentunya kita harus melakukan pengawasan baik lewat cctv atau pun dan sebagainya cuman e kadang kadang yang namanya manusia, tentunya kadang kadang e los pengawasan, mungkin kita tinggal ke belakang ataupun sholat dan

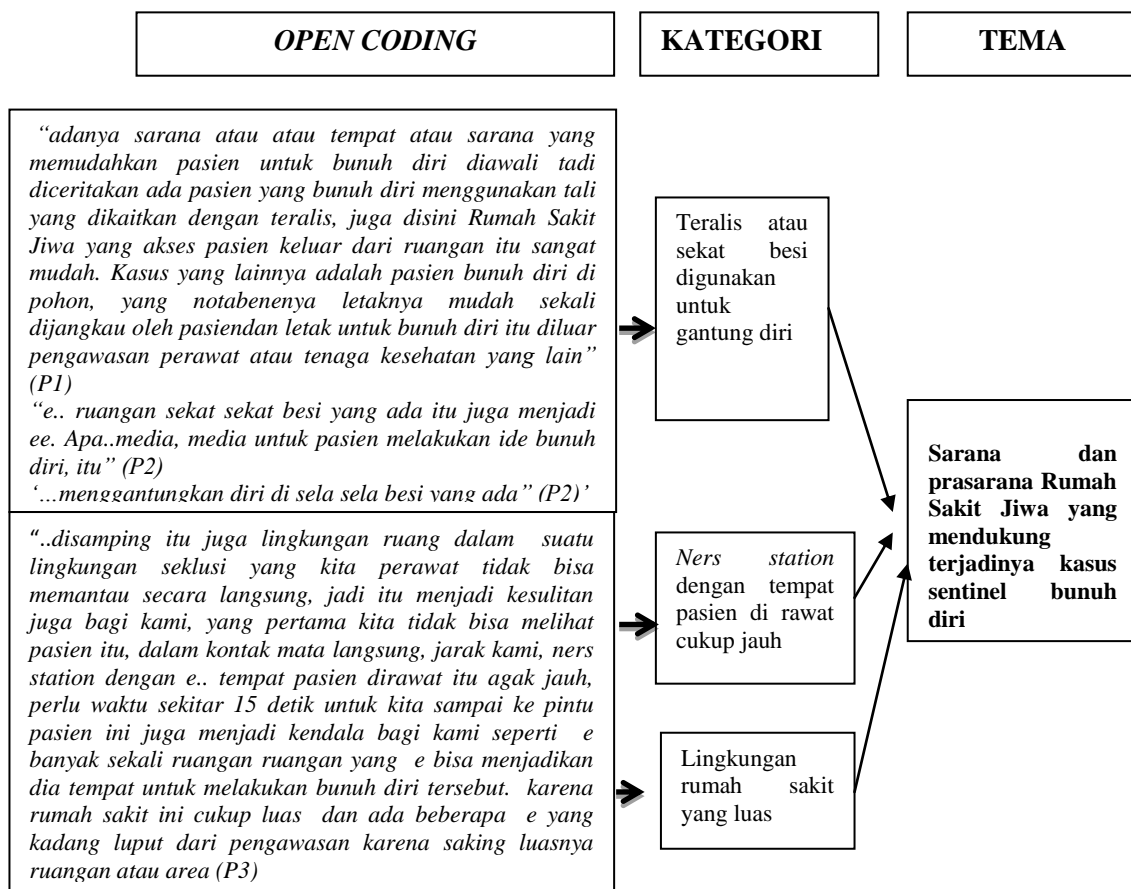
sebagainya sehingga e.. apapun yang terjadi seringnya terjadi di jam jam seperti itu contohnya di malam hari karena perawatnya harus istirahat juga, jadi mungkin los pengawasan ataupun kadang kadang kelalaian ya bisa saja”. (P3)



Skema 4.3 Open Coding Tema 3 Ketidakpatuhan SPO Patient Safety oleh petugas

d. Tema Ke 4: Sarana dan prasarana Rumah Sakit Jiwa yang mendukung terjadinya kasus sentinel bunuh diri

Sarana dan prasarana Rumah Sakit Jiwa yang mendukung terjadinya kasus sentinel bunuh diri dijelaskan dalam alur skema berikut ini:



Skema 4.4 Open Coding Tema 4 Saranadan prasarana Rumah Sakit Jiwa



**Gambar 4.2 Sarana Prasarana di RSJ Prof Dr Soerojo
Magelang**

Pada penggunaan sarana dan prasarana rumah sakit, pasien menggunakan beberapa media yang tersedia di rumah sakit, seperti teralis, atau sekat besi di rumah sakit, adapun beberapa pernyataan yang mendukung adalah:

“adanya sarana atau atau tempat atau sarana yang memudahkan pasien untuk bunuh diri diawali tadi diceritakan ada pasien yang bunuh diri menggunakan tali yang dikaitkan dengan teralis, juga disini Rumah Sakit Jiwa yang akses pasien keluar dari ruangan itu sangat mudah. Kasus yang lainnya adalah pasien bunuh diri di pohon, dipohon yang notabeneanya letaknya mudah sekali dijangkau oleh pasiendan letak untuk bunuh diri itu diluar pengawasan perawat atau tenaga kesehatan yang lain” (P1)

“e.. ruangan sekat sekat besi yang ada itu juga menjadi ee. Apa.. media, media untuk pasien melakukan ide bunuh diri, itu” (P2)

‘...menggantungkan diri di sela sela besi yang ada” (P2)’

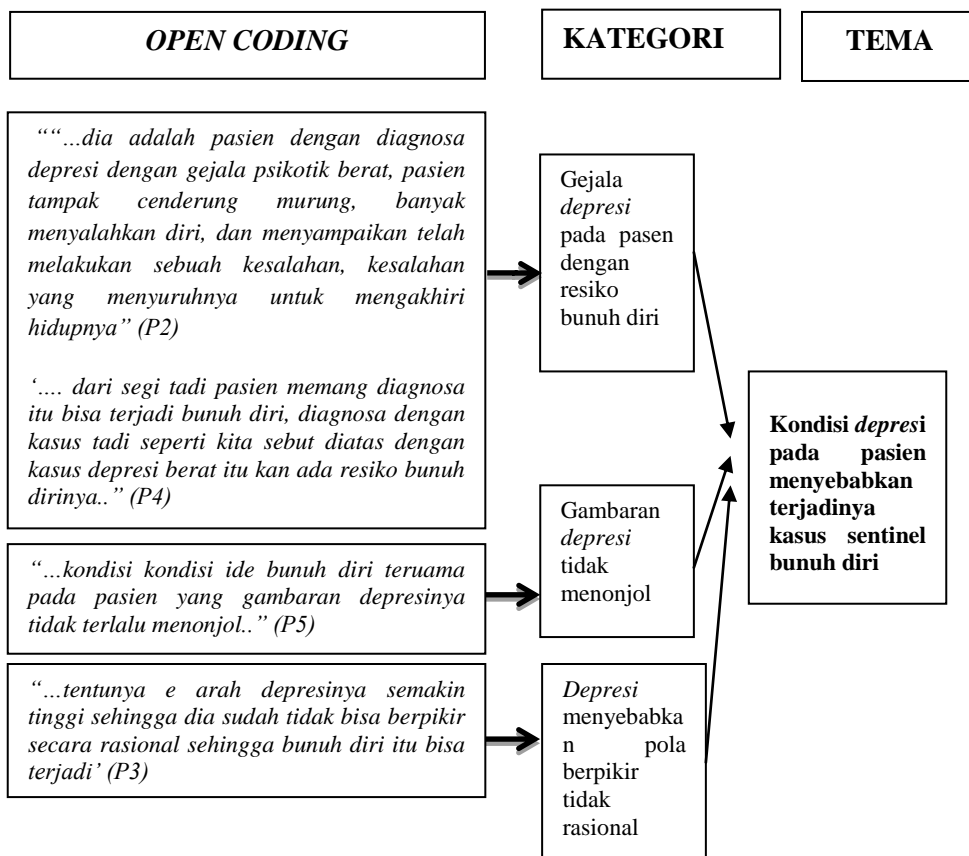
Sarana prasarana yang memungkinkan untuk terjadinya bunuh diri antara lain tempat pengawasan dan tempat pasien yang cukup jauh

dan kondisi geografis rumah sakit yang cukup luas, beberapa pernyataan partisipan antara lain:

“..disamping itu juga lingkungan rumah sakit, dalam suatu lingkungan seklusi yang kita perawat tidak bisa memantau secara langsung, jadi itu menjadi kesulitan juga bagi kami, yang pertama kita tidak bisa melihat pasien itu, dalam kontak mata langsung, jarak kami, ners station dengan e.. tempat pasien dirawat itu agak jauh, perlu waktu sekitar 15 detik untuk kita sampai ke pintu pasien ini juga menjadi kendala bagi kami seperti e banyak sekali ruangan ruangan yang e bisa menjadikan dia tempat untuk melakukan bunuh diri tersebut. karena rumah sakit ini cukup luas dan ada beberapa e yang kadang luput dari pengawasan karena saking luasnya ruangan atau area (P3)

e. Tema Kelima: Kondisi *depresi* pada pasien menyebabkan terjadinya kasus sentinel bunuh diri

Kondisi *depresi* pada pasien menyebabkan terjadinya kasus sentinel bunuh diri dengan skema sebagai berikut:



Skema 4.5 Open Coding Tema 5 Kondisi depresi pada pasien menyebabkan terjadinya kasus sentinel bunuh diri

Diagnosa *depresi* pada pasien gangguan jiwa di Rumah Sakit Jiwa memiliki kecenderungan untuk melakukan bunuh diri, beberapa pernyataan yang mendukung dari partisipan:

“...dia adalah pasien dengan diagnosa depresi dengan gejala psikotik berat, pasien tampak cenderung murung, banyak menyalahkan

diri, dan menyampaikan telah melakukan sebuah kesalahan, kesalahan yang menyuruhnya untuk mengakhiri hidupnya” (P2)

‘... dari segi tadi pasien memang diagnosa itu bisa terjadi bunuh diri, diagnosa dengan kasus tadi seperti kita sebut diatas dengan kasus depresi berat itu kan ada resiko bunuh dirinya..’ (P4)

Kondisi *depresi* pada pasien yang melakukan bunuh diri biasanya gambaran *depresinya* tidak menonjol sehingga tidak disadari oleh petugas kesehatan, hal tersebut didukung dengan pernyataan:

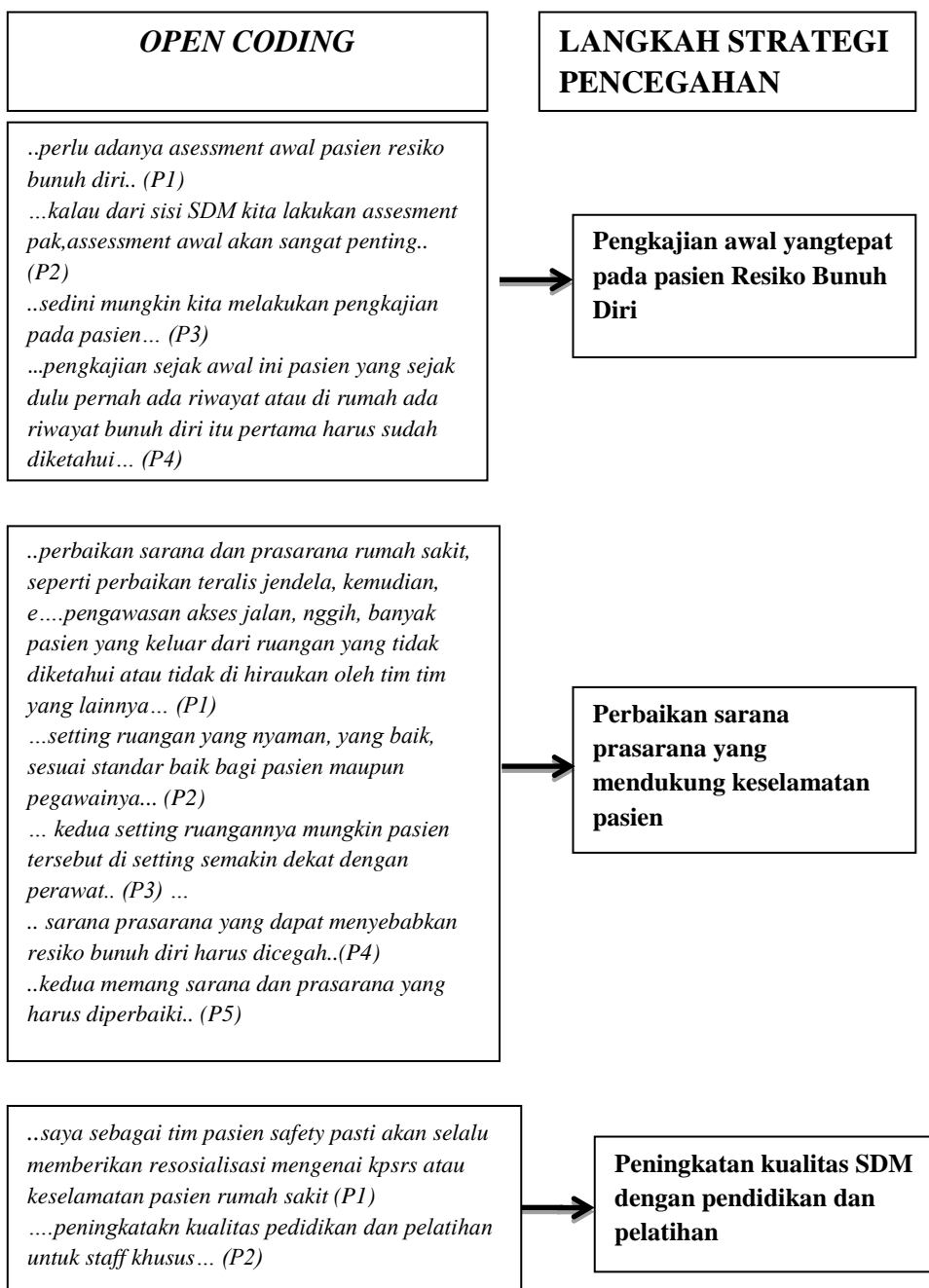
“... kondisi kondisi ide bunuh diri terutama pada pasien yang gambaran depresinya tidak terlalu menonjol..” (P5)

Depresi mengakibatkan pasien menjadi tidak dapat berpikir logis atau irasional, orientasi utama dari pasien adalah mengakhiri hidupnya, beberapa pernyataan yang mendukung yaitu:

“...tentunya e arah depresinya semakin tinggi sehingga dia sudah tidak bisa berpikir secara rasional sehingga bunuh diri itu bisa terjadi’ (P3)

4. Langkah Strategi Pencegahan Kasus Sentinel Bunuh Diri

Hasil wawancara dengan 5 (lima) partisipan petugas kesehatan yang bekerja di Rumah Sakit Jiwa diantaranya dokter spesialis atau DPJP, tim *patient safety* dan perawat, ditemukan beberapa langkah strategi pencegahan kasus sentinel bunuh diri yang didapatkan dari hasil *coding* yang digambarkan pada skema 4.7 berikut ini:



Skema 4.6 Open Coding Langkah Strategi Pencegahan

B. PEMBAHASAN

1. Karakteristik Pasien Pada Kejadian Sentinel Bunuh Diri

a. Karakteristik Jenis Kelamin

Karakteristik pasien pada kejadian sentinel bunuh diri menunjukkan bahwa sebagian besar pasien jenis kelamin laki laki sebanyak 5 orang (83,33%). Hasil penelitian yang telah dilakukan di Australia menunjukkan bahwa hampir 80% dari kejadian bunuh diri adalah laki laki (1.816 dari 2.361 pada tahun 2010) (Beaton & Foster, 2012). Hasil penelitian menunjukkan bahwa angka percobaan bunuh diri lebih tinggi wanita dibandingkan laki laki, akan tetapi pada laki laki memiliki angka yang lebih tinggi dalam keberhasilan mengakhiri hidupnya, hal tersebut dikarenakan pada laki laki lebih menggunakan cara kekerasan dan menggunakan metode bunuh diri yang efektif untuk mengakhiri kehidupan (Blumenthal, 2002). Beberapa cara bunuh diri yang dilakukan oleh laki laki yang

mengarah pada kematian antara lain dengan gantung diri (60%), menggunakan kendaraan bermotor (11%) dan senjata api (8%) (Beaton & Fosters, 2012).Upaya upaya tersebut pada akhirnya dapat mengakibatkan berhasil untuk melakukan bunuh diri.

Perempuan memiliki faktor protektif atau pelindung yang lebih baik dibandingkan dengan laki laki, dimana perempuan cenderung memiliki dukungan sosial yang lebih baik dibandingkan dengan laki laki.Pada perempuan, dengan menikah dan memiliki anak, hal tersebut menjadi faktor protektif bagi perempuan untuk melakukan upaya bunuh diri, hal tersebut tidak berlaku pada laki laki. Pada wanita juga melakukan upaya untuk memodifikasi lingkungan, mencari dukungan keluarga dan mencari tenaga kesehatan jiwa dalam rangka mencegah untuk melakukan tindakan bunuh diri hingga mengakhiri kehidupannya (Blumental, 2002).Faktor protektif yang kurang pada laki laki sehingga menyebabkan angka

keberhasilan yang tinggi untuk melakukan bunuh diri pada laki laki.

Di dalam teori interpersonal menyebutkan bahwa ada beberapa faktor yang membedakan kemampuan untuk bunuh diri, yaitu ketakutan akan kematian dan ketidak nyamanan terhadap rasa sakit yang dialami. Pada laki laki memiliki kemampuan bunuh diri dibandingkan dengan perempuan. Penjelasan psikologis yang lainnya, bahwa pada pria memiliki kecenderungan yang lebih besar untuk tidak mengenali atau merespons reaksi emosi dan tekanan negatif pada diri mereka sendiri, dan cenderung tidak mengkomunikasikan mengenai perasaan putus asa dan cenderung menunjukkan sikap tegar atau tabah terhadap peristiwa kehidupan, dan laki-laki cenderung untuk tidak mencari dukungan dalam menghadapi kesulitan emosional, sering merasa bahwa mencari bantuan adalah sebuah kelemahan atau kegagalan dalam memecahkan masalah mereka sendiri, tanpa membebani orang lain (Emslie, et

al, 2006). Jadi, dari segi interpersonal, pada laki-laki lebih buruk di dalam mencari dukungan sosial dibandingkan dengan perempuan sehingga memilih melakukan bunuh diri sebagai upaya penyelesaian masalah yang dihadapinya.

Siklus hormon juga berperan dalam melindungi perempuan dari bunuh diri, siklus *estrogen*, *progesteron*, dan hormon reproduksi wanita lainnya membuat sensitisasi mekanisme *neurokimia* dan biologis dan mengatur siklus pada gangguan alam perasaan. Hormon *endokrin* pada perempuan juga melindungi dari kerentanan terhadap episode *depresi*. Hormon ini memiliki efek signifikan pada *mood* dan perilaku. Tingkat *estrogen* perempuan yang lebih tinggi juga memiliki efek tertentu pada regulasi *neurotransmitter*, *serotonin*, yang berpengaruh terhadap alam perasaan dan perilaku seseorang (Blumental, 2002). Kondisi biologis perempuan dan laki-laki dapat mempengaruhi perilaku bunuh diri pada seseorang.

b. Karakteristik Berdasarkan Usia

Hasil penelitian mengenai karakteristik pasien pada kejadian sentinel bunuh diri menunjukkan bahwa sebagian besar pada usia dewasa (18-60 tahun) sebanyak 5 orang (83,33%). Usia menjadi data yang sangat penting dalam menilai resiko bunuh diri pada *depresi* dengan *psikotik* (Schafer, et al, 2008). Data dari WHO tahun 2014 menunjukkan bahwa pada usia dewasa muda (15-29 tahun), angka bunuh diri sebesar 8,5% sedangkan pada usia dewasa (30-49 tahun) angka bunuh diri sebesar 4,1%. Angka bunuh diri terjadi lebih banyak pada usia dewasa.

Tugas perkembangan psikososial pada tahap usia dewasa adalah memiliki identitas personal yang matang (fisik dan psikologis) di dalam kehidupan keluarga, masyarakat, dan pekerjaan yang mencerminkan mengenai kemajuan dan adanya suatu pencapaian tujuan hidup yang sebelumnya ditetapkan. Menikah, perubahan gaya hidup, memiliki anak,

memiliki pekerjaan, dan peningkatan kualitas hidup merupakan subjek yang perlu dikaji dengan cermat. Stressor yang mungkin dihadapi seperti perubahan didalam karir (promosi jabatan, PHK atau perubahan jenis pekerjaan), perubahan didalam unit keluarga (kematian, *depresi*, atau gangguan *psikosomatis* (Stuart, 2013; Townsend, 2008; Varcarolis, 2010). Pada tahap usia dewasa memiliki stressor yang lebih besar karena ketika memasuki tahap dewasa maka tanggung jawab akan lebih besar, dimana individu dewasa sudah tidak tergantung dengan orang lain, karena sudah mampu untuk melakukan segala sesuatunya sendiri.

Perkembangan individu dewasa adalah individu mampu terlibat dalam kehidupan keluarga, masyarakat, pekerjaan dan mampu membimbing anaknya. Masa dewasa ditandai dengan kebebasan pribadi, kestabilan keuangan dan interaksi sosial yang baik karena pada masa ini individu mulai beranjak dewasa dan berkeluarga. Individu dewasa akan menyadari bahwa

tanggung jawab bertambah pada masa ini (Keliat, 2011). Tanggung jawab yang tersebut dapat menimbulkan stressor tersendiri bagi individu pada usia dewasa.

Kegagalan dalam mencapai kemampuan tersebut dapat menyebabkan ketergantungan baik dalam pekerjaan maupun keuangan (Keliat.et.al, 2011).Kegagalan dalam berhubungan akrab dan memperoleh pekerjaan dapat menyebabkan individu menjauhi pergaulan dan merasa kesepian kemudian menyendiri (Keliat et.al, 2011).Semakin tinggi tingkat kepuasan atas hubungan sosial, semakin rendah kemungkinan yang terjadi (semakin kecil tingkat resikonya) (Stuart, 2013). Respons koping yang ditunjukkan dalam menghadapi stressor tersebut akan berbeda beda pada setiap individu, baik *destruktif* maupun *konstruktif*. Respons kesedihan dan kesepian yang dialami oleh seseorang dapat mengakibatkan pikiran untuk mengakhiri kehidupan atau kematian dengan upaya tindakan bunuh diri.

c. Karakteristik berdasarkan Diagnosis Medis

Hasil penelitian menunjukkan bahwa diagnosis medis pasien pada kejadian sentinel bunuh diri yaitu *depresi berat* dengan gejala psikosis sebanyak 3 pasien (50,00%). Menurut penggolongan diagnosa PPDGJ III, kriteria *depresi berat* berupa: **1)** semua 3 gejala utama *depresi* harus ada, **2)** ditambah sekurang-kurangnya 4 dari gejala lainnya dan beberapa diantaranya harus berintensitas berat, **3)** bila ada gejala penting (misal *retardasi psikomotor*) yang menyolok, maka pasien mungkin tidak mau atau tidak mampu untuk melaporkan banyak gejalanya secara rinci. Dalam hal demikian, penilaian secara menyeluruh terhadap episode *depresi berat* masih dapat dibenarkan.**4)** Sangat tidak mungkin pasien akan mampu meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan atau urusan rumah tangga, kecuali pada taraf yang sangat terbatas. *Depresi berat* dengan gejala *psikotik*, berupa gejala *depresi berat* di atas, disertai *waham*, *halusinasi* atau *stupor depresi*. *Waham*

biasanya melibatkan ide tentang dosa, kemiskinan atau malapetaka yang mengancam dan pasien merasa bertanggung jawab atas hal itu.

Halusinasi auditorik atau *olfatorik* biasanya berupa suara yang menghina atau menuduh, atau bau kotoran. *Retardasi psikomotor* yang berat dapat menuju pada *stupor*.

2. Tema Hasil Penelitian

a. Tema 1: Budaya Kerja Petugas Kesehatan

Perilaku petugas kesehatan saat terjadinya kasus sentinel bunuh diri salah satunya adalah *awareness* (kesadaran) di dalam *patient safety*, menurut Menurut Endsley (1995) cit WHO tahun 2009, ada tiga tingkat kesadaran situasi dari perawatan kesehatan pertama adalah persepsi yang melibatkan perhatian kritis dari isyarat di lingkungan misal, tanda vital pasien, gejala yang muncul pada pasien, kondisi kegelisahan, monitor suara, kemudian yang kedua adalah pemahaman yaitu

apa arti isyarat, misalnya perawat harus menggabungkan informasi dari pasien tentang gejala yang dilaporkan, pembacaan dari monitor dan grafik dan laporan perawat lainnya, untuk memahami status kondisi pasien saat ini. Tingkat kesadaran situasi ketiga adalah proyeksi atau antisipasi. Ini adalah prediksi dari apa yang akan terjadi pada tugas saat ini dalam waktu dekat. Perawat mengenali kombinasi tanda peringatan dan menyadari bahwa pasien akan memburuk dalam beberapa menit berikutnya dan karenanya mengambil tindakan untuk mencegah hal ini.

Keterampilan yang dimiliki oleh petugas kesehatan dalam hal ini adalah proyeksi, sangat penting dalam memungkinkan proaktif, bukan reaktif menanggapi kejadian yang diharapkan dan yang tidak terduga (Wright & Endsley, 2008 cit WHO, 2009). Kesiagaan situasi yang baik sangat penting di semua area perawatan kesehatan, terutama pada

pengobatan akut, sehingga kejadian sentinel bunuh diri seharusnya dapat dicegah oleh tenaga kesehatan.

Beberapa perilaku menunjukkan keterampilan dalam kesiagaan terhadap situasi pasien antara lain: sering melakukan pemantauan terhadap lingkungan, meningkatkan frekuensi pemantauan dalam menanggapi kondisi pasien, menjaga situasi dengan memberi pengobatan yang tepat. Sedangkan perilaku yang menunjukkan keterampilan kesadaran terhadap situasi lingkungan yang buruk antara lain: tidak menanggapi perubahan keadaan pasien, merespon isyarat individu tanpa konfirmasi terhadap tenaga kesehatan yang lain sehingga kurang mendapatkan informasi yang jelas mengenai pasien untuk kemudian dilakukan tindak lanjut yang tepat, dan tidak mempertimbangkan masalah potensial yang terkait dengan kasus yang dialami oleh pasien sehingga menimbulkan kelalaian dalam menangani kasus pada pasien tersebut (WHO, 2009). Perilaku berupa ketrampilan dalam kesadaran terhadap

situasi yang buruk dapat mengakibatkan terjadinya kejadian sentinel, atau kejadian yang tidak diharapkan.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Ouzouni & Nakakis (2012) menunjukan bahwa pasien yang melakukan bunuh diri, sebelumnya menyampaikan hal yang positif kepada tenaga kesehatan, hal ini disebabkan karena pengkajian yang dilakukan masih superfisial atau kurang mendalam. Pengkajian yang superfisial dapat mengakibatkan juga penanganan yang kurang tepat terhadap pasien, sehingga diperlukan perawatan dan pencegahan yang aktif di dalam penanganan pasien dengan resiko bunuh diri.

Kegagalan untuk mengenali dan merespon kebutuhan pasien dengan resiko bunuh diri berkontribusi terhadap kematian yang disebabkan oleh percobaan bunuh diri. Sehingga kesadaran tenaga kesehatan sangat penting, melalui pemberian perawatan yang bermartabat dan bimbingan yang tepat dapat

menurunkan angka bunuh diri pasien (Ouzouni & Nakakis, 2012).

Proses pengembangan strategi pencegahan bunuh diri dengan meningkatkan Kesadaran tentang pencegahan bunuh diri. Upaya meningkatkan kesadaran tenaga kesehatan dalam keselamatan pasien juga melibatkan pihak pimpinan dan pengambil kebijakan sehingga terjadi *sustainability* (berkesinambungan dan terus menerus) di dalam meningkatkan pelayanan keselamatan pasien sehingga tidak terjadi lagi kejadian sentinel bunuh diri (Chestnov, 2012). Sehingga diharapkan pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit menjadi semakin baik.

b. Tema 2: Belum mengoptimalkan SDM Kesehatan

Belum optimalnya SDM kesehatan menyebabkan adanya stress tenaga kesehatan di Rumah Sakit Jiwa khususnya perawat, yang dalam hal ini berada selama 24 jam melakukan pengawasan terhadap

pasien serta memberikan psikoterapi yang tepat bagi pasien. Tenaga kesehatan pada pelayanan psikiatri dianggap sebagai salah satu pekerjaan yang memiliki beban kerja cukup tinggi, dan terdapat tuntutan resiko stress kerja yang tinggi yang melibatkan fisik dan psikologis tenaga kesehatan tersebut. Tenaga kesehatan dituntut untuk membantu orang lain yang melibatkan fisik dan mental (Omori, 2015 cit Zaki, 2016).

Hal yang menyebabkan stress antara lain hubungan kerja antara perawat dan dokter dan profesional perawatan kesehatan lainnya, hubungan dengan pasien dan keluarga, kasus darurat, beban kerja yang tinggi, kekurangan staf dan kurangnya dukungan atau umpan balik positif dari atasan(Yada, 2015 cit Zaki, 2016).Perawat psikiatri memiliki lingkungan kerja yang tidak biasa, bangsal yang terkunci, potensi konflik pasien dengan risiko bahaya fisik dan mental yang terkait dengan perilaku pasien agresif dan mencegah agar pasien tidak melukai dirinya (Kane,2012 cit Zaki,

2016). Stress yang tinggi mengakibatkan penurunan dalam penampilan kerja, penurunan kepuasan kerja, dan kualitas asuhan yang diberikan pada pasien.

Terdapat hubungan antara *fatigue* (kelelahan) terhadap kejadian yang tidak diinginkan (KTD), jadwal pekerjaan dan lama shift sangat berpengaruh terhadap kualitas dan kuantitas tidur, dan berdampak pada penampilan pekerjaan (*The Joint Commission, 2011*). Sehingga perlu dipertimbangkan mengenai proporsi pekerjaan terutama pada unit yang memiliki beban kerja atau stress kerja yang tinggi.

Jumlah tenaga kesehatan yang tidak sesuai dengan proporsi atau rasio dengan pasien dapat mengakibatkan jumlah beban kerja yang lebih tinggi. Hasil penelitian yang dilakukan sebelumnya menunjukkan bahwa rasio jumlah tenaga kesehatan dengan pasien yang tidak sesuai berdampak pada *outcome* pelayanan yang diberikan kepada pasien (Carayon, & Gurses, 2008). Hal tersebut juga berdampak pada tingkat keselamatan pada

pasien, sehingga memungkinkan untuk terjadinya kejadian sentinel bunuh diri di Rumah Sakit Jiwa.

c. Tema 3: Ketidapatuhan terhadap SPO *Patient Safety* oleh petugas

Kejadian sentinel bunuh diri bisa disebabkan karena faktor *error*, yang mengakibatkan belum dilaksanakannya SPO keselamatan pasien yang seharusnya dilaksanakan. *Error* atau kesalahan dilakukan dalam dua kategori, yaitu kesalahan dalam eksekusi, dan yang kedua adalah kesalahan dalam pengetahuan sehingga mengakibatkan pasien dalam kondisi yang tidak aman (Carayon, & Gurses, 2008). Terdapat dua penyebab dari kesalahan, yang pertama adalah penyebab individu, yang kedua adalah sistem. Pendekatan individu disebabkan karena lupa, atau tidak memperhatikan kondisi pasien, sedangkan pendekatan sistem adalah kondisi dan sistem yang ada dimana individu bekerja yang menyebabkan terjadinya

kesalahan (Oyebode, 2006). Jadi, kesalahan bisa saja bukan semata mata dikarenakan oleh individu akan tetapi juga bisa disebabkan karena sistem.

Didalam pelaksanaan SPO petugas kurang memperhatikan SPO dan kebijakan yang ada di rumah sakit untuk pengawasan pasien bunuh diri, apabila SPO dijalankan sepenuhnya tentunya kejadian sentinel bunuh diri tidak akan terjadi, kejadian sentinel bunuh diri juga dikarenakan kurang pengawasan karena kelalaian petugas.

Observasi yang dilakukan secara konstan merupakan tindakan yang paling aman dalam mencegah tindakan bunuh diri pada pasien di rumah sakit jiwa, dan merupakan bagian dari manajemen resiko pada penanganan pasien di rumah sakit jiwa. Kepercayaan petugas kesehatan dalam efikasi intervensi yang dilakukan juga berpengaruh terhadap tindakan yang dilakukan, dalam hal ini adalah kewaspadaan dan observasi yang dilakukan secara konstan dan konsisten

(Slemon, Jenkins, & Bungay, 2017). Terkadang observasi tidak dilakukan secara konstan dan konsisten sehingga menimbulkan adanya kelalaian.

Faktor yang menyebabkan kelalaian bisa disebabkan oleh karena kecemasan yang muncul pada tenaga kesehatan dikarenakan beban tanggung jawab dalam menjaga keamanan pasien sehingga justru tidak melakukan tindakan terapeutik yang seharusnya dilakukan (Slemon, Jenkins, & Bungay, 2017). Dalam meningkatkan keamanan pasien sebaiknya dilakukan secara bersama sama dengan semua aspek di dalam manajemen rumah sakit sehingga beban tanggung jawab dalam meningkatkan keselamatan pasien tidak hanya menjadi tanggung jawab mutlak tenaga kesehatan, sehingga pelaksanaannya akan semakin ringan dan tidak menjadi beban tersendiri bagi tenaga kesehatan.

d. Tema 4: Sarana dan prasarana Rumah Sakit Jiwa yang mendukung terjadinya kasus sentinel bunuh diri

Sarana dan prasarana di rumah sakit dapat digunakan oleh pasien untuk melakukan percobaan bunuh diri. Sarana dan prasarana yang ada di rumah sakit seharusnya dapat menjadi tempat *privacy* yang nyaman dan aman bagi pasien, bangunan dapat membentuk suatu hubungan yang bersifat terapeutik antara tenaga kesehatan dan pasien, dan ruangan dapat menjadi tempat dimana perawat dapat terlibat dan terhubung dengan pasien dengan menyadari potensi kesembuhan yang ada pada diri pasien (Smith, & Millar, 2011).

Pada penggunaan sarana dan prasarana rumah sakit, pasien menggunakan beberapa media yang tersedia di rumah sakit, seperti teralis, atau sekat besi di Rumah Sakit Jiwa, adapun beberapa pernyataan yang mendukung adalah:

“adanya sarana atau atau tempat atau sarana yang memudahkan pasien untuk bunuh diri diawali tadi diceritakan ada pasien yang bunuh diri menggunakan tali yang dikaitkan dengan teralis, juga disini Rumah Sakit Jiwa yang akses pasien keluar dari ruangan itu sangat mudah. Kasus yang lainnya adalah pasien bunuh diri di pohon, dipohon yang notabenenya letaknya mudah sekali dijangkau oleh pasiendan letak untuk bunuh diri itu diluar pengawasan perawat atau tenaga kesehatan yang lain” (P1)

“e.. ruangan sekat sekat besi yang ada itu juga menjadi ee. Apa..media, media untuk pasien melakukan ide bunuh diri, itu” (P2)

‘...menggantungkan diri di sela sela besi yang ada” (P2)’

Sarana prasarana yang memungkinkan untuk terjadinya bunuh diri antara lain tempat pengawasan dan tempat pasien yang cukup jauh dan kondisi geografis rumah sakit yang cukup luas.

Desain area yang aman memiliki dampak langsung pada keamanan dalam perawatan staf dan pasien. Studi tentang persepsi pasien menunjukkan bahwa pengalaman pengasingan sering terasa hukuman daripada terapi, terutama karena pengasingan di dalam lingkungan yang tidak memadai. Desain ruang yang aman harus fokus secara seimbang pada keamanan dan

fungsionalitas, memastikan bahwa ruangan melindungi pasien setiap saat dan cukup tahan lama menahan potensi penyalahgunaan ruangan. Ruang aman harus dirancang untuk meminimalkan potensi trauma dari tindakan pengasingan. Seklusi harus ditempatkan cukup dekat ke *ners station* agar pengamatan pasien melalui observasi dilakukan secara konstan, dan jauh dari daerah itu adalah situs interaksi non-klinis yang sering, serta lift, tangga dan pintu keluar. Televisi sirkuit tertutup dan interkom yang bisa dimatikan staf namun tidak mati (Flexhaug, & De Leer, 2012). Ruang yang memiliki standar keamanan tinggi akan memberikan dampak yang baik bagi perkembangan kondisi pasien di rumah sakit jiwa.

e. Tema 5: Kondisi *depresi* pada pasien menyebabkan terjadinya kasus sentinel bunuh diri

Hasil penelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa pada saat episode *depresi* dapat meningkatkan

resiko seseorang untuk melakukan percobaan bunuh diri (Oquendo, Currier & Mann, 2006). Pasien dengan *depresi* berat dengan gejala psikosis memiliki *outcome* yang tidak baik (Schaffer, et al, 2008). Sehingga pada penelitian ini menunjukkan bahwa episode *depresi* yang dialami oleh pasien menjadi faktor prediktor terjadinya bunuh diri.

Hasil penelitian prospektif pada penelitian terdahulu menunjukkan bahwa pada pasien yang melakukan bunuh diri selain dikarenakan faktor *depresi* juga disebabkan karena pada pasien tersebut mengalami *delusi* atau *waham* yang pada akhirnya menyebabkan seseorang melakukan upaya bunuh diri (Oquendo, Currier & Mann, 2006). *Waham* dapat berupa *waham* kejar, atau *waham* bersalah atau berdosa.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Schaffer, et al (2008) menunjukkan bahwa pada kondisi *depresi* dengan *psikotik* menunjukkan hubungan yang lebih kuat dengan intensitas melakukan percobaan bunuh diri, instrumen

yang digunakan untuk menilai *depresi* menggunakan *Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS) dengan nilai $p\text{ value} < 0,05$. Pada pasien dengan *depresi* disertai dengan gejala *psikotik* menyebabkan pasien sulit dalam mengkomunikasikan pikiran dan emosi, sehingga berdampak pada kurangnya kemampuan dalam menyampaikan adanya pikiran bunuh diri.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Scaffer, et al (2008), dari 183 pasien dengan unipolar psikotik *depresi*, 59,6% memiliki ide bunuh diri dan percobaan bunuh diri selama episode depresif. Hasil penelitian tersebut konsisten terjadi seperti hasil penelitian sebelumnya dimana ide *suicide* terjadi pada 57% pada pasien dengan *depresi* dengan gejala psikotik. Pada pasien psikotik mengalami kesulitan dalam mengkomunikasikan mengenai emosi dan perasaannya sehingga kesulitan dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi sehingga berpotensi untuk melakukan tindakan bunuh diri.

Hasil penelitian yang sebelumnya menunjukkan bahwa tindakan bunuh diri pada pasien depresi dengan gejala psikotik disebabkan karena faktor preokupasi hipokondira. Pada episode depresi tindakan bunuh diri yang dilakukan oleh pasien dapat disebabkan karena adanya perasaan bersalah (Oquendo, Currier & Mann, 2006). Perasaan bersalah bisa menyebabkan seseorang menjadi tidak berdaya terhadap situasi yang dihadapi, dan menganggap bunuh diri adalah sebagai jalan keluar dari permasalahan yang dihadapinya.

3. Strategi Pencegahan Kejadian Kasus Sentinel Bunuh Diri

a. Proses pengkajian awal yang tepat pada pasien resiko bunuh diri

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara tindakan bunuh diri dengan kondisi gangguan jiwa seperti skizofrenia dan depresi. Strategi yang dapat dilakukan yaitu berupa ketepatan dalam pengkajian pasien dengan resiko

bunuh diri, antara lain pengkajian riwayat bunuh diri pada seseorang, karena sangat berkaitan erat dengan kemungkinan pasien untuk mengulangi melakukan tindakan bunuh diri, dikaji pula mengenai mekanisme yang digunakan untuk melakukan bunuh diri (Bagley, 2012). Selain itu juga dikaji mengenai situasi yang dapat memicu munculnya pikiran bunuh diri, dan sumber-sumber yang dapat digunakan pada saat situasi krisis pada pasien.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Stewart menunjukkan bahwa pasien di Rumah Sakit London Inggris menunjukkan bahwa jumlah pasien psikiatri yang melakukan tindakan bunuh diri sebanyak 4%, dan 10% melakukan percobaan untuk melukai diri sendiri. Pompili melaporkan di dalam literatur review, menunjukkan bahwa pasien dengan diagnosis skizofrenia di rumah sakit jiwa melakukan percobaan bunuh diri dengan skor AMSTAR 9/11.

Pengkajian dan upaya mengurangi tindakan bunuh diri merupakan upaya dalam program keamanan pasien nasional. *The Joint Commission* (2011) merekomendasikan pengkajian pasien dengan resiko bunuh diri sebagai upaya dalam pencegahan kasus sentinel bunuh diri. *National Quality Forum* (2011) melaporkan kasus bunuh diri, percobaan bunuh diri dan percobaan untuk melukai diri sendiri mengakibatkan cedera yang serius pada pasien. Resiko bunuh diri terjadi pada sebagian besar kasus *depresi* sehingga pada awal masuk ke Rumah Sakit Jiwa perlu dilakukan pengkajian khusus mengenai *depresi* untuk dilakukan skrining lanjutan apakah pasien tersebut beresiko atau tidak melakukan percobaan bunuh diri, yang dimulai dari Instalasi Gawat Darurat, dan dilakukan terus menerus setiap kali ada transisi antar ruangan atau antar unit, apabila dilakukan pengkajian yang tepat maka akan dapat direncanakan mengenai *setting*

dalam perawatan, intervensi terapeutik, dan mengukur tindakan keselamatan pasien yang dapat dilakukan (McBroom, 2012). Tenaga kesehatan harus mampu melakukan assessmen dengan benar mengenai *depresi* pada pasien dengan gangguan jiwa.

b. Perbaikan sarana dan prasarana yang mendukung keselamatan pasien

Modifikasi lingkungan berkaitan dengan alat atau kondisi ruangan yang digunakan oleh pasien untuk melakukan bunuh diri dengan mengganti yang lebih aman agar tidak digunakan lagi untuk melakukan bunuh diri, misal teralis yang berbentuk jangkar yang dapat dikaitkan oleh pasien untuk melakukan bunuh diri (Bagley, 2012). Dengan mengganti atau memindahkan alat yang beresiko digunakan untuk melakukan bunuh diri tersebut

sehingga diharapkan dapat menurunkan angka bunuh diri.

Desain area yang aman memiliki dampak langsung pada keamanan dalam perawatan staf dan pasien. Studi tentang persepsi pasien menunjukkan bahwa pengalaman pengasingan sering terasa hukuman daripada terapi, terutama karena pengasingan di dalam lingkungan yang tidak memadai. Desain ruang yang aman harus fokus secara seimbang pada keamanan dan fungsionalitas, memastikan bahwa ruangan melindungi pasien setiap saat dan cukup tahan lama menahan potensi penyalahgunaan ruangan. Ruang aman harus dirancang untuk meminimalkan potensi trauma dari tindakan pengasingan. (Flexhaug, & De Leer, 2012).

Ruangan yang memiliki standar keamanan tinggi akan memberikan dampak yang baik bagi perkembangan kondisi pasien di rumah sakit jiwa. Kamar pasien harus dirancang untuk menghilangkan

unsur-unsur lingkungan yang mungkin dapat memfasilitasi usaha bunuh diri. Langkah-langkah yang wajar harus dilakukan untuk memastikan lingkungan perawatan dirancang untuk meningkatkan keselamatan pasien termasuk menyingkirkan benda-benda tajam pisau cukur, peralatan listrik, plastik, tong sampah, dan jendela yang tidak aman (McBroom, 2012). Lakukan *design* ulang untuk strategi pencegahan melalui mekanisme penguncian pintu, monitor pasien, dan alarm, menyingkirkan benda yang dapat digunakan untuk menggantung diri seperti sabuk, tali sepatu, atau tali, dan *nurse station* berada di dekat pasien yang mempunyai resiko tinggi bunuh diri (Tishler & Reiss, 2009).

c. Peningkatan kualitas SDM dengan pendidikan dan pelatihan

Strategi pencegahan terjadinya kejadian sentinel bunuh diri dilakukan melalui pendidikan dan pelatihan. Semua staf harus di latih tentang faktor risiko bunuh diri di ruang rawat inap dan protokol rumah sakit dalam upaya pencegahan. Pelatihan harus mencakup bagaimana waspada terhadap perubahan perilaku atau rutinitas pasien yang berisiko dan tanda peringatan yang mungkin menunjukkan perlunya segera tindakan untuk mencegah terjadinya bunuh diri. Pelatihan juga terkait dengan penanganan pasien gawat darurat di unit psikiatri dan bagaimana melakukan skrining yang benar di Rumah Sakit Jiwa (McBroom, 2012).

Pelatihan didefinisikan sebagai akuisisi pengetahuan, keterampilan dan sikap sistematis untuk mengembangkan kompetensi yang diperlukan

untuk kinerja yang efektif di lingkungan kerja. Pelatihan yang efektif melibatkan perubahan kognisi, sikap dan perilaku dan akibatnya cara orang melakukan mereka sendiri di tempat kerja. Pelatihan keselamatan yang efektif membantu pengurangan kejadian terkait dengan keselamatan pasien yang sehingga terjadi peningkatan budaya organisasi (Bahn, & Pugh, 2012). Dengan meningkatnya pengetahuan sehingga diharapkan dapat terjadi perubahan perilaku dan budaya kerja yang dapat meningkatkan keselamatan pasien.

Perilaku kerja di rumah sakit jiwa terkait dengan observasi yang dilakukan secara konstan dan konsisten oleh tenaga kesehatan, Observasi dapat dilakukan secara *intermitten* ataupun secara kontinyu pada pasien. Hal tersebut dapat mencegah terjadinya peristiwa bunuh diri pada pasien (Bagley, 2012). Hasil penelitian menunjukkan dengan melakukan pola observasi yang baik dan konstan

pada pasien dengan resiko bunuh diri dapat menurunkan resiko pasien untuk melakukan bunuh diri (Janofsky, 2009).

Di Australia, Bahn dan Barratt-Pugh menyelesaikan evaluasi dua tahap pelatihan keselamatan di Western Australia pada tahun 2010-11 menemukan bahwa sembilan puluh enam persen mempunyai kesadaran keselamatan yang lebih kuat. Penelitian sebelumnya telah menunjukkan bahwa pelatihan keselamatan memiliki efek positif pada budaya keselamatan (Bahn, & Pugh, 2012). Pendidikan dan pelatihan dapat meningkatkan budaya kerja yang baik dalam pencegahan kasus sentinel bunuh diri di Rumah Sakit Jiwa.