HASIL PENELITIAN

HUBUNGAN ANTARA TINDAKAN *DISCHARGE PLANNING* DENGAN KEKAMBUHAN PADA PASIEN GANGGUAN JIWA DI RUANG PERAWATAN JIWA RSUD CIAMIS

Oleh

TITA ROHITA,S.Kep,Ners.,MM.,M.Kep

NIDN. 0426038301

DIBIAYAI OLEH FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS GALUH

TAHUN ANGGARAN 2018

FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS GALUH

Januari, 2018

LEMBAR IDENTITAS DAN PENGESAHAN
HASIL PENELITIAN DENGAN PENDANAAN FIKES UNIGAL

1. a. Judul : Hubungan Antara Tindakan *Discharge Planning* Dengan Kekambuhan Pada Pasien Gangguan Jiwa di Ruang Perawatan Jiwa RSUD Ciamis
   b. Bidang Ilmu : Keperawatan
2. Ketua Peneliti
   a. Nama : Tita Rohita,S.Kep,Ns.,MM.,M.Kep
   b. NIK : 11.3112770275
   c. Pangkat/golongan ruang : Penata /III C
   d. Jabatan fungsional : Lektor
   e. Jabatan struktural : Dosen Tetap yayasan
   f. Fakultas/prodi : Ilmu Kesehatan/Keperawatan
   g. Pusat penelitian : LPPM Universitas Galuh
3. Anggota Peneliti

No	Nama	NIK/NIP/NIM	Bidang Keahlian	Fakultas
1	Siti Aulia	1420117064	Keperawatan	Enumerator
2	Monica Kurnia	1420117063	Keperawatan	Enumerator

4. Lokasi Penelitian : RSUD Ciamis
5. Kerjasama dengan instansi :
   a. Nama :
   b. Alamat :
6. Jangka waktu penelitian : 1 Semester
7. Rencana anggaran biaya : Rp.5.000.000

Mengetahui
Dekan

Tita Rohita,S.Kep,Ns.,M.M.,M.Kep
NIK: 11.3112770275

Ciamis, Januari 2018
Ketua Peneliti

Tita Rohita,S.Kep,Ns.,M.M.,M.Kep
NIK: 11.3112770275

Menyetujui ,
Ketua LPPM Unigal,

Sudrajat.,Ir.,M.P
NIK 04.31127700874

KATA PENGANTAR

Syukur alhamdullilah, penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas limpahan rahmat dan taufiknya kepada penulis sehingga penelitian ini dapat diselesaikan sesuai dengan waktu yang telah direncanakan. Penelitian ini berjudul "Hubungan Antara Tindakan Discharge Planning Dengan Kekambuhan Pada Pasien Gangguan Jiwa di Ruang Perawatan Jiwa RSUD Ciamis"

Penelitian ini disusun dalam rangka melaksanakan Tridarma pendidikan pada tahun akademik 2018/2019 yang didanai oleh Fakultas Imu Kesehatan Universitas Galuh Ciamis tahun anggaran 2018/2019.Penulis menyadari sepenuhnya bahwa laporan hasil penelitian ini masih jauh dari sempurna.

Penulis mengucapkan terimakasih kepada

1. Bapak Dr.H.Yat Rospia Brata,Drs,M.Si, selaku Rektor Universitas Galuh
2. Tita Rohita, S.Kep,Ns.,M.M.,M.Kep, selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Galuh
3. Sudrajat,Ir.,MP, selaku ketua LPPM Univesitas Galuh
4. Segenap staf dan karyawan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Galuh yang telah membantu dalam penyusunan laporan peelitian ini
5. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penyusunan laporan hasil penelitian ini

Penulis menyadari bahwa laporan hasil penelitian ini jauh dari sempurna, untuk itu kritik dan saran dari berbagai pihak sangat kami harapkan demi perbaikan dan penyempurnaan laporan ini.

Ciamis, Januari 2018

Penulis

DAFTAR ISI

	Hal
HALAMAN PENGESAHAN	
KATA PENGANTAR	
DAFTAR ISI	
DAFTAR GAMBAR	
DAFTAR TABEL	
DAFTAR LAMPIRAN	
ABSTRAK	
ABSTRACT	
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian	5
D. Manfaat Penelitian	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Dasar Teori	6
B. Kerangka Teori	54
C. Definisi Operasional	55
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Kerangaka Konsep	56
B. Hipotesis	57
C. Desain Penelitian	57
D. Variable Penelitian	59
E. Populasi dan Sampel	60
F. Tempat dan Waktu Penelitian	60
G. Etika Penelitian	61
H. Instrumen Penelitian	61
I. Uji Coba Insttrumen	62
J. Prosedur Pengumpulan Data	62
K. Analisi Data	64
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
A. Hasil Penelitian	67
B. Pembahasan	71
BAB V PENUTUP	
A. Simpulan	77
B. Saran	78
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

	Hal
Gambar 2.1 Kerangka Teori	54
Gambar 3.1 Kerangka Konsep	56

DAFTAR TABEL

	Hal
Tabel 2.1 Definisi Operasional	55
Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Responden Menurut Kelompok Umur	67
Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Responden Menurut pendidikan	68
Tabel 4.3 Pemberian tindakan Discharge planning perawat Pada pasien gangguan jiwa di RSUD Ciamis	69
Tabel 4.4 Distribusi Kekambuhan pasien gangguan jiwa Di RSUD Ciamis	69
Tabel 4.5 Distribusi Persilangan antara pemberian tindakan Discharge planning dengan kekambuhan pasien gangguan jiwa	70

ABSTRAK

HUBUNGAN ANTARA TINDAKAN *DISCHARGE PLANNING* DENGAN KEKAMBUHAN PADA PASIEN GANGGUAN JIWA DI RUANG PERAWATAN JIWA RSUD CIAMIS

Fenomena yang terjadi saat ini, jika ada seorang anggota keluarga yang dinyatakan sakit jiwa, maka anggota keluarga lain dan masyarakat pasti akan menyarankan untuk dibawa ke RS Jiwa atau psikolog dan lebih parahnya lagi orang sakit jiwa tersebut diasingkan atau dipasung supaya tidak menjadi aib bagi keluarga.. Tujuan untuk menganalisis hubungan antara tindakan *discharge planning* dengan kekambuhan pada pasien gangguan jiwa di ruang perawatan jiwa RSUD Ciamis

. Desain penelitian korelasional dengan desain penelitian cross sectional. Populasi dalam penelitian ini berjumlah 10 orang, dengan jumlah sampel 10 orang. Hasil penelitian Hasil analisis data dengan menggunakan uji Pearson Correlation di peroleh nilai probabilitas (sig.) 0,006. Karena nilai probabilitas (sig.) < dari alpha 0,05 maka Ho ditolak, sehingga dapat dikatakan bahwa Ada Hubungan antara tindakan *discharge planning* dengan kekambuhan pada pasien gangguan jiwa di ruang perawatan jiwa RSUD Ciamis

.

Kata kunci : *Discharge planning* , gangguan jiwa

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Sehat dalam suatu rentang adalah tingkat sejahtera klien pada waktu tertentu, yang terdapat dalam rentang dari kondisi sejahtera yang optimal, dengan energi yang maksimum, sampai kondisi kematian, yang menandakan habisnya energi total. Kesehatan jiwa dan gangguan jiwa sering kali sulit didefinisikan, orang dianggap sehat jika mereka mampu memainkan peran dalam masyarakat dan prilaku mereka pantas dan adaptif. Sebaliknya, seseorang dianggap sakit jika gagal memainkan peran dan memikul tanggung jawab atau perilakunya tidak pantas. Kebudayaan setiap masyarakat sangat mempengaruhi definisi sehat dan sakit (Videbeck, 2008). Dengan demikian kesehatan jiwa seseorang merupakan suatu keadaan yang dinamik atau selalu berubah, melalui proses interaksi yang konstan diantara faktor-faktor yang berkontribusi.

Menurut data *World Health Organization* (WHO) 2016, terdapat sekitar 35 juta orang terkena depresi, 60 juta orang terkena bipolar, 21 juta terkena skizoprenia, serta 47,5 juta terkena dimensia. Dalam Riskesdas 2013 menunjukan prevalensi gangguan mental emosional yang ditunjukan dengan gejala-gejala depresi dan kecemasan untuk usia 15 tahun keatas mencapai sekitar 14 juta orang atau 6% dari jumlah penduduk Indonesia. Sedangkan prevalensi gangguan jiwa berat, seperti skizoprenia mencapai sekitar 400.000

orang atau sebanyak 1,7 per 1.000 penduduk. RSUD Ciamis pada tahun 2017 ini mulai dioperasikan ruangan perawatan jiwa. Berdasarkan data dari Rekam Medik RSUD Ciamis jumlah pasien gangguan jiwa selama periode September-Desember tahun 2017 berjumlah 46 orang (Rekam Medik RSUD Ciamis, 2017).

Gangguan jiwa adalah suatu sindroma yang terjadi pada seseorang dan dikaitkan dengan adanya distress (misalnya, gejala nyeri) atau disabilitas (yaitu kerusakan pada satu atau lebih area fungsi yang penting) atau disertai peningkatan risiko kematian yang menyakitkan, nyeri, disabilitas, atau sangat kehilangan kebebasan. Gangguan jiwa menyebabkan penderitanya tidak sanggup menilai dengan baik kenyataan, tidak dapat lagi menguasai dirinya untuk mencegah mengganggu orang lain atau merusak/menyakiti dirinya sendiri (Perry & Potter 2008). Kejadian gangguan jiwa yang terjadi ini dapat ditimbulkan akibat adanya suatu pemicu dari fungsi afektif dalam keluarga yang tidak berjalan dengan baik. Apabila fungsi afektif ini tidak dapat berjalan semestinya, maka akan terjadi gangguan psikologis yang berdampak pada kejiwaan dari seluruh unit keluarga tersebut (Nasir & Muhith, 2011).

Fenomena yang terjadi saat ini, jika ada seorang anggota keluarga yang dinyatakan sakit jiwa, maka anggota keluarga lain dan masyarakat pasti akan menyarankan untuk dibawa ke RS Jiwa atau psikolog dan lebih parahnya lagi orang sakit jiwa tersebut diasingkan atau dipasung supaya tidak menjadi aib bagi keluarga. Tindakan memasung ini akan berdampak buruk pada pasien, selain itu nantinya akan sulit untuk sembuh dan dapat mengalami kekambuhan

yang sangat sering. Hal ini perlu adanya dukungan dari keluarga dalam proses penyembuhan.

Proses penyembuhan pasien tidak terlepas dari peran keluarga. Keluarga merupakan bagian yang penting dalam proses pengobatan pasien jiwa (Lauriello, 2005 dikutip oleh Purwanto, 2010). Ketika penderita gangguan jiwa melakukan rawat jalan atau inap di rumah sakit jiwa, keluarga harus tetap memberikan perhatian dan dukungan sesuai dengan petunjuk tim medis rumah sakit. Dukungan keluarga sangat diperlukan oleh penderita gangguan jiwa dalam memotivasi mereka selama perawatan dan pengobatan. Sebelum pemulangan pasien dan keluarganya harus mengetahui bagaimana cara memanajemen pemberian perawatan di rumah dan apa yang diharapkan di dalam memperhatikan masalah fisik yang berkelanjutan karena kegagalan untuk mengerti pembatasan atau implikasi masalah kesehatan (tidak siap menghadapi pemulangan) dapat menyebabkan pasien meningkatkan komplikasi (Perry & Potter, 2008).

Ketidaksiapan pasien mengahadapi pemulangan juga dapat terjadi karena pasein terlalu cepat dipulangkan sehingga hal ini juga beresiko terhadap terjadinya komplikasi,dan juga dikarenakan pemulangan yang tidak direncanakan yang dapat berakibat kepada hospitalisasi ulang. Oleh karena itu pasien perlu dipersiapkan untuk menghadapi pemulangan.Intervensi keperawatan dibutuhkan karena adanya ketidakmampuan untuk melakukan perawatan diri sebagai akibat dari adanya keterbatasan. Salah satu bentuk intervensi keperawatan yang dapat dilakukan adalah *discharge planning*

(perencanaan pemulangan pasein) untuk mempromosikan tahap kemandirian tertinggi kepada pasien, teman-teman dan keluarga dengan menyediakan, memandirikan aktivitas perawatan diri.

Discharge planning yang tidak baik dapat menjadi salah satu faktor yang memperlama proses penyembuhan di rumah. Kesuksesan tindakan *discharge planning* menjamin pasien mampu melakukan tindakan perawatan lanjutan yang aman dan realistis setelah meninggalkan rumah sakit (Perry & Potter, 2008). *Discharge planning* akan menghasilkan sebuah hubungan yang integrasi antara perawatan yang diterima pada waktu di Rumah Sakit dengan perawatan yang diberikan setelah klien pulang.Perawatan di Rumah Sakit akan bermakna jika dilanjutkan dengan perawatan di rumah. Perencanaan pulang bagi klien yang di rawat di Rumah Sakit dimana peran perawat tidak terbatas pada kegiatan rutinitas saja, diantaranya informasi control ulang.Klien yang memerlukan perawatan kesehatan dirumah, konseling kesehatan dan pelayanan komunitas (Nursalam & Efendi, 2008).

Ada beberapa hal yang bisa memicu kekambuhan pasien gangguan jiwa antara lain tidak minum obat secara teratur, menghentikan sendiri obat tanpa persetujuan dari dokter, kurangnya dukungan keluarga dan masyarakat, serta adanya masalah kehidupan yang berat yang membuat stress.

Ruang perawatan jiwa di RSUD Ciamis baru beroperasi di bulan September 2017, berarti sudah 5 bulan ruang perawatan jiwa beroperasi.Berdasarkan data dari rekam medic RSUD Ciamis didapatkan data

bahwa selama 5 bulan ada sekitar 15 orang pasien gangguan jiwa yang beulang kali keluar masuk untuk dirawat di RSUD Ciamis.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang diatas maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah: "Hubungan antara tindakan *discharge planning* dengan kekambuhan pada pasien gangguan jiwa di ruang perawatan jiwa RSUD Ciamis?"

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan antara tindakan *discharge planning* dengan kekambuhan pada pasien gangguan jiwa di ruang perawatan jiwa RSUD Ciamis.

2. Tujuan Khusus

a. Untuk mengetahui tindakan *discharge planning* di ruang perawatan jiwa RSUD Ciamis.

b. Untuk mengetahui kekambuhan pasien gangguan jiwa di ruang perawatan jiwa RSUD Ciamis.

c. Untuk menganalisis hubungan antara tindakan *discharge planning* dengan kekambuhan pada pasien gangguan jiwa di ruang perawatan jiwa RSUD Ciamis.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat teoritis

Penelitian ini diharapkan menambah wawasan, menambah khasanah ilmu kesehatan jiwa, dan dapat menemukan dan memecahkan permasalahan yang ada.

2. Manfaat praktis

a. Bagi RSUD Ciamis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan kepada unsure direksi RSUD Ciamis untuk memantau *discharge planning* yang dilaksanakan oleh perawat disetiap ruang perawatan.

b. Bagi profesi perawat

Penelitian ini diharapkan diharapkan dapat digunakan bagi perawat untuk membuat rencana keperawatan dengan melibatkan keluarga pasien tentang pentingnya dukungan keluarga untuk memberikan perhatian dan dukungan bagi pasien gangguan jiwa sehingga dapat meminimalisir angka kekambuhan.

c. Bagi peneliti

Menjadi pengalaman yang sangat berarti dalam melaksanakan penelitian.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Dasar Teori *Discharge Planning*

1. Pengertian *Discharge Planning*

Discharge planning (perencanaan pulang) adalah serangkaian keputusan dan aktivitas-aktivitasnya yang terlibat dalam pemberian asuhan keperawatan yang kontinu dan terkoordinasi ketika pasien dipulangkan dari lembaga pelayanan kesehatan (Potter & Perry, 2005). Menurut Kozier (2004), *discharge planning* didefenisikan sebagai proses mempersiapkan pasien untuk meninggalkan satu unit pelayanan kepada unit yang lain di dalam atau di luar suatu agen pelayanan kesehatan umum. National Council of Social Service (2006) dalam Wulandari (2011), mendefinisikan bahwa "discharge planning is aprocess used to decide what client needs to maintain his present level of well-being or move to the next level of care". The Royal Marsden Hospital (2004) dalam Siahaan (2009) menyatakan bahwa discharge planning merupakan proses mengidentifikasi kebutuhan pasien dan perencanaannya dituliskan untuk memfasilitasi keberlanjutan suatu pelayanan kesehatan dari suatu lingkungan ke lingkungan lain.

Perencanaan pulang merupakan proses perencanaan sistematis yang dipersiapkan bagi pasien untuk menilai, menyiapkan, dan melakukan koordinasi dengan fasilitas kesehatan yang ada atau yang telah ditentukan serta bekerjasama dengan pelayanan sosial yang ada di komunitas, sebelum

dan sesudah pasien pindah/pulang (Carpenito, 2002 dalam Hariyati dkk, 2008). *Discharge planning* dilakukan sejak pasien diterima di suatu pelayanan kesehatan di rumah sakit dimana rentang waktu pasien untuk menginap semakin diperpendek (Sommerfeld, 2001 dalam Rahmi, 2011). *Discharge planning* yang efektif seharusnya mencakup pengkajian berkelanjutan untuk mendapatkan informasi yang komprehensif tentang kebutuhan pasien yang berubah-ubah, pernyataan diagnosa keperawatan, perencanaan untuk memastikan kebutuhan pasien sesuai dengan apa yang dilakukan oleh pemberi layanan kesehatan (Kozier, 2004).

Program *discharge planning* (perencanaan pulang) pada dasarnya merupakan program pemberian informasi atau pemberian pendidikan kesehatan kepada pasien yang meliputi nutrisi, aktifitas/latihan, obat-obatan dan instruksi khusus yaitu tanda dan gejala penyakit pasien (Potter & Perry, 2005 dalam Herniyatun dkk, 2009). Informasi diberikan kepada pasien agar mampu mengenali tanda bahaya untuk dilaporkan kepada tenaga medis. Sebelum pemulangan, pasien dan keluarganya harus mengetahui bagaimana cara manajemen pemberian perawatan di rumah dan apa yang diharapkan didalam memperhatikan masalah fisik yang berkelanjutan karena kegagalan untuk mengerti pembatasan atau implikasi masalah kesehatan (tidak siap menghadapi pemulangan) dapat menyebabkan meningkatknya komplikasi yang terjadi pada pasien (Potter & Perry, 2006). Program yang dilakukan oleh perawat ini, tidak selalu sama antara satu rumah sakit dengan rumah sakit lainnya. Hal ini bisa terjadi ketika sistem perawatan yang digunakan

adalah berbeda, misalnya menggunakan sistem keperawatan utama (primer). Sistem ini mewajibkan seorang perawat bertanggung jawab melakukan koordinasi perawatan untuk kelompok klien tertentu, mulai dari mereka masuk sampai pulang (Potter & Perry, 2005).

National Council of Social Service, (2006) dalam Wulandari (2011) menyatakan bahwa "*discharge planning* merupakan tujuan akhir dari rencana perawatan, dengan tujuan untuk memberdayakan klien untuk membuat keputusan, untuk memaksimalkan potensi klien untuk hidup secara mandiri, atau agar klien dapat memanfaatkan dukungan dan sumber daya dalam keluarga maupun masyarakatnya".

2. Pemberi Layanan *Discharge Planning*

Proses *discharge planning* harus dilakukan secara komprehensif dan melibatkan multidisiplin, mencakup semua pemberi layanan kesehatan yang terlibat dalam memberi layanan kesehatan kepada pasien (Potter & Perry, 2006). Seseorang yang merencanakan pemulangan atau koordinator asuhan berkelanjutan (*continuing care coordinator*) adalah staf rumah sakit yang berfungsi sebagai konsultan untuk proses *discharge planning* bersamaan dengan fasilitas kesehatan, menyediakan pendidikan kesehatan dan memotivasi staf rumah sakit untuk merencanakan serta mengimplementasikan discharge planning (Discharge Planning Association, 2008 dalam Siahaan, 2009).

Seorang d*ischarge planners* bertugas membuat rencana, mengkoordinasikan, memonitor dan memberikan tindakan dan proses

kelanjutan perawatan. *Discharge planning* ini menempatkan perawat pada posisi yang penting dalam proses perawatan pasien dan dalam tim *discharge planner* rumah sakit, karena pengetahuan dan kemampuan perawat dalam proses keperawatan sangat berpengaruh dalam memberikan kontinuitas perawatan melalui proses discharge planning (Caroll & Dowling, 2007 dalam Rahmi, 2011).

3. Penerima *Discharge Planning*

Menurut Rice (1992) dalam Potter & Perry (2005:93), setiap pasien yang dirawat di rumah sakit memerlukan *discharge planning* atau rencana pemulangan. Pasien dan seluruh anggota keluarga harus mendapatkan informasi tentang semua rencana pemulangan (Medical Mutual of Ohio, 2008 dalam Siahaan, 2009). *Discharge planning* atau rencana pemulangan tidak hanya melibatkan pasien tapi juga keluarga, teman-teman, serta pemberi layanan kesehatan dengan catatan bahwa pelayanan kesehatan dan sosial bekerja sama (The Royal Marsden Hospital, 2004 dalam Siahaan, 2009).

4. Tujuan *Discharge Planning*

Discharge planning bertujuan untuk mengidentifikasi kebutuhan spesifik untuk mempertahankan atau mencapai fungsi maksimal setelah pulang (Carpenito, 1999 dalam Rahmi, 2011). Tindakan ini juga bertujuan memberikan pelayanan terbaik untuk menjamin keberlanjutan asuhan berkualitas antara rumah sakit dan komunitas dengan memfasilitasi komunikasi yang efektif (Discharge Planning Association, 2008 dalam

Siahaan, 2009). Taylor et al (1989) dalam Yosafianti & Alfiyanti (2010) juga menyatakan bahwa *discharge planning* adalah proses sistematis yang bertujuan menyiapkan pasien meninggalkan rumah sakit untuk melanjutkan program perawatan yang berkelanjutan dirumah atau diunit perawatan komunitas. Secara lebih terperinci The Royal Marsden Hospital (2004) dalam Siahaan (2009) menyatakan bahwa tujuan dilakukannya *discharge planning* adalah:

a. Untuk mempersiapkan pasien dan keluarga secara fisik dan psikologis untuk di transfer ke rumah atau ke suatu lingkungan yang dapat disetujui.
b. Menyediakan informasi tertulis dan verbal kepada pasien dan pelayanan kesehatan untuk mempertemukan kebutuhan mereka dalam proses pemulangan.
c. Memfasilitasi proses perpindahan yang nyaman dengan memastikan semua fasilitas pelayanan kesehatan yang diperlukan telah dipersiapkan untuk menerima pasien.
d. Mempromosikan tahap kemandirian yang tertinggi kepada pasien dan keluarga dengan menyediakan serta memandirikan aktivitas perawatan diri.

5. Manfaat *Discharge Planning*

Menurut Spath (2003) dalam Nursalam & Efendi (2008), perencanaan pulang mempunyai manfaat sebagai berikut:

a. Dapat memberikan kesempatan untuk memperkuat pengajaran kepada pasien yang dimulai dari rumah sakit.

b. Dapat memberikan tindak lanjut secara sistematis yang digunakan untuk menjamin kontinuitas perawatan pasien.

c. Mengevaluasi pengaruh dari intervensi yang terencana pada penyembuhan pasien dan mengidentifikasi kekambuhan atau kebutuhan perawatan baru.

d. Membantu kemandirian dan kesiapan pasien dalam melakukan perawatan di rumah.

Wulandari (2011) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa manfaat dari pelaksanaan *discharge planning* adalah sebagai berikut:

a. Mengurangi pelayanan yang tidak terencana (*unplanned admission*)

b. Mengantispasi terjadinya kegawatdaruratan seletah kembali ke rumah

c. Mengurangi LOS (*Length Of Stay*) pasien di rumah sakit

d. Meningkatkan kepuasan individu dan pemberi layanan

e. Menghemat biaya selama proses perawatan

f. Menghemat biaya ketika pelaksanaan perawatan di luar rumah sakit atau di masyarakat karena perencanaan yang matang

g. Hasil kesehatan yang dicapai menjadi optimal

6. Jenis *Discharge Planning*

Menurut Chesca (1982) dalam Nursalam & Efendi (2008), *discharge planning* dapat diklasifikasikan menjadi tiga jenis, yaitu:

a. Pulang sementara atau cuti (*conditioning discharge*)

Keadaaan pulang ini dilakukan apabila kondisi klien baik dan tidak terdapat komplikasi. Klien untuk sementara dirawat di rumah namun harus ada pengawasan dari pihak rumah sakit atau Puskesmas terdekat.

b. Pulang mutlak atau selamanya (*absolute discharge*)

Cara ini merupakan akhir dari hubungan klien dengan rumah sakit. Namun apabila klien perlu dirawat kembali, maka prosedur perawatan dapat dilakukan kembali.

c. Pulang paksa (*judicial discharge*)

Kondisi ini klien diperbolehkan pulang walaupun kondisi kesehatan tidak memungkinkan untuk pulang, tetapi klien harus dipantau dengan melakukan kerjasama dengan perawat puskesmas terdekat.

7. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi *Discharge Planning*

Menurut Potter & Perry (2005) dalam Herniyatun (2009), program perencanaan pulang (*discharge planning*) pada dasarnya merupakan program pemberian pendidikan kesehatan kepada pasien. Keberhasilan dalam pemberian pendidikan kesehatan dipengaruhi oleh beberapa faktor yang berasal dari perawat dan juga dari pasien. Menurut Notoadmodjo (2003) dalam Waluyo (2010), faktor yang berasal dari perawat yang mempengaruhi keberhasilan dalam pemberian pendidikan kesehatan adalah sikap, emosi, pengetahuan dan pengalaman masa lalu.

a. Sikap yang baik yang dimiliki perawat akan mempengaruhi penyampaian informasi kepada pasien, sehingga informasi akan lebih jelas untuk dapat dimengerti pasien.

b. Pengendalian emosi yang dimiliki perawat merupakan faktor yang mempengaruhi pelaksanaan pendidikan kesehatan. Pengendalian emosi yang baik akan mengarahkan perawat untuk lebih bersikap sabar, hati-hati dan telaten. Dengan demikian informasi yang disampaikan lebih mudah diterima pasien.

c. Pengetahuan adalah kunci keberhasilan dalam pendidikan kesehatan. Perawat harus memiliki pengetahuan yang cukup untuk memberikan pendidikan kesehatan. Pengetahuan yang baik juga akan mengarahkan perawat pada kegiatan pembelajaran pasien. Pasien akan semakin banyak menerima informasi dan informasi tersebut sesuai dengan kebutuhan pasien.

d. Pengalaman masa lalu perawat berpengaruh terhadap gaya perawat dalam memberikan informasi sehingga informasi yang diberikan akan lebih terarah sesuai dengan kebutuhan pasien. Perawat juga lebih dapat membaca situasi pasien berdasarkan pengalaman yang mereka miliki.

Sedangkan faktor yang berasal dari pasien yang mempengaruhi keberhasilan dalam pemberian pendidikan kesehatan, menurut Potter & Perry (1997), Suliha dkk (2002) dan Machfoedz dkk (2005) yang dikutip oleh Waluyo (2010) adalah motivasi, sikap, rasa cemas/emosi, kesehatan

fisik, tahap perkembangan dan pengetahuan sebelumnya, kemampuan dalam belajar, serta tingkat pendidikan.

a. Motivasi adalah faktor batin yang menimbulkan, mendasari dan mengarahkan pasien untuk belajar. Bila motivasi pasien tinggi, maka pasien akan giat untuk mendapatkan informasi tentang kondisinya serta tindakan yang perlu dilakukan untuk melanjutkan pengobatan dan meningkatkan kesehatannya.

b. Sikap positif pasien terhadap diagnosa penyakit dan perawatan akan memudahkan pasien untuk menerima informasi ketika dilakukan pendidikan kesehatan.

c. Emosi yang stabil memudahkan pasien menerima informasi, sedangkan perasaan cemas akan mengurangi kemampuan untuk menerima informasi.

d. Kesehatan fisik pasien yang kurang baik akan menyebabkan penerimaan informasi terganggu.

e. Tahap perkembangan berhubungan dengan usia. Semakin dewasa usia kemampuan menerima informasi semakin baik dan didukung pula pengetahuan yang dimiliki sebelumnya.

f. Kemampuan dalam belajar yang baik akan memudahkan pasien untuk menerima dan memproses informasi yang diberikan ketika dilakukan pendidikan kesehatan. Kemampuan belajar seringkali berhubungan dengan tingkat pendidikan yang dimiliki. Semakin tinggi tingkat

pendidikan seseorang umumnya kemampuan belajarnya juga semakin tinggi.

8. Prinsip *Discharge Planning*

Ketika melakukan *discharge planning* dari suatu lingkungan ke lingkungan yang lain, ada beberapa prinsip yang harus diikuti/diperhatikan. Menurut Nursalam & Efendi (2008), prinsip-prinsip yang diterapkan dalam perencanaan pulang adalah sebagai berikut:

a. Pasien merupakan fokus dalam perencanaan pulang. Nilai keinginan dan kebutuhan dari pasien perlu dikaji dan dievaluasi.

b. Kebutuhan dari pasien diidentifikasi, kebutuhan ini dikaitkan dengan masalah yang mungkin muncul pada saat pasien pulang nanti, sehingga kemungkinan masalah yang muncul di rumah dapat segera di antisipasi.

c. Perencanaan pulang dilakukan secara kolaboratif. Perencanaan pulang merupakan pelayanan multidisiplin dan setiap tim harus saling bekerja sama.

d. Perencanaan pulang disesuaikan dengan sumber daya dan fasilitas yang ada. Tindakan atau rencana yang akan dilakukan setelah pulang disesuaikan dengan pengetahuan dari tenaga yang tersedia maupun fasilitas yang tersedia di masyarakat.

e. Perencanaan pulang dilakukan pada setiap sistem pelayanan kesehatan. Setiap pasien masuk tatanan pelayanan maka perencanaaan pulang harus dilakukan.

Selain prinsip-prinsip tersebut, dalam modul yang dikeluarkan oleh Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik-Departemen Kesehatan R.I (2008) dalam Wulandari (2011), prinsip-prinsip yang perlu diperhatikan perawat dalam membuat *discharge planning* (perencanaan pulang) adalah:

a. Dibuat pada saat pasien masuk

Pengkajian pada saat pasien masuk akan mempermudah proses pengidentifikasian kebutuhan pasien. Merencanakan pulang pasien sejak awal juga akan menurunkan lama waktu rawat yang pada akhirnya akan menurunkan biaya perawatan.

b. Berfokus pada kebutuhan pasien

Perencanaan pulang tidak berfokus pada kebutuhan perawat atau tenaga kesehatan atau hanya pada kebutuhan fisik pasien. Lebih luas, perencanaan pulang berfokus pada kebutuhan pasien dan keluarga secara komprehensif.

c. Melibatkan berbagai pihak yang terkait

Pasien, keluarga, dan *care giver* dilibatkan dalam membuat perencanaan. Hal ini memungkinkan optimalnya sumber-sumber pelayanan kesehatan yang sesuai untuk pasien setelah ia pulang.

d. Dokumentasi pelaksanaan *discharge planning*

Pelaksanaan *discharge planning* harus didokumentasikan dan dikomunikasikan kepada pasien dan pendamping minimal 24 jam sebelum pasien dipindahkan.

1. Komponen/unsur *discharge planning*

Komponen yang dapat mendukung terselengaranya *discharge planning* yang efektif adalah keterlibatan pasien dan keluarga, kolaborasi antara tim kesehatan, dan dukungan dari *care giver*/ pendamping pasien. Hal lain yang tidak kalah penting adalah mengidentifikasi kesiapan komunitas/keluarga dalam menerima pasien kembali ke rumah (Wulandari, 2011). Discharge Planning Association (2008) dalam Siahaan (2009) menyatakan bahwa unsur-unsur yang harus ada pada sebuah form perencanaan pemulangan antara lain:

a) Pengobatan di rumah, mencakup resep baru, pengobatan yang sangat dibutuhkan, dan pengobatan yang harus dihentikan.

b) Daftar nama obat harus mencakup nama, dosis, frekuensi, dan efek samping yang umum terjadi.

c) Kebutuhan akan hasil test laboratorium yang dianjurkan, dan pemeriksaan lain, dengan petunjuk bagaimana untuk memperoleh atau bilamana waktu akan diadakannya.

d) Bagaimana melakukan pilihan gaya hidup dan tentang perubahan aktivitas, latihan, diet makanan yang dianjurkan dan pembatasannya.

e) Petunjuk perawatan diri (perawatan luka, perawatan kolostomi, ketentuan insulin, dan lain-lain).

f) Kapan dan bagaimana perawatan atau pengobatan selanjutnya yang akan dihadapi setelah dipulangkan. Nama pemberi layanan, waktu, tanggal, dan lokasi setiap janji untuk control.

g) Apa yang harus dilakukan pada keadaan darurat dan nomor telepon yang bisa dihubungi untuk melakukan peninjauan ulang petunjuk pemulangan.

h) Bagaimana mengatur perawatan lanjutan (jadwal pelayanan di rumah, perawat yang menjenguk, penolong, pembantu jalan/walker, kanul, oksigen, dan lainlain) beserta dengan nama dan nomor telepon setiap institusi yang bertanggung jawab untuk menyediakan pelayanan.

1) Pelakasanaan *discharge planning* dan proses keperawatan

Proses *discharge planning* memiliki kesamaan dengan proses keperawatan. Kesamaan tersebut bisa dilihat dari adanya pengkajian pada saat pasien mulai di rawat sampai dengan adanya evaluasi serta dokumentasi dari kondisi pasien selama mendapatkan perawatan di rumah sakit. Pelaksanaan *discharge planning* menurut Potter & Perry (2005) secara lebih lengkap dapat diurut sebagai berikut:

a) Sejak waktu penerimaan pasien, lakukan pengkajian tentang kebutuhan pelayanan kesehatan untuk pasien pulang, dengan menggunakan riwayat keperawatan, rencana perawatan dan pengkajian kemampuan fisik dan fungsi kognitif yang dilakukan secara terus menerus.

b) Kaji kebutuhan pendidikan kesehatan untuk pasien dan keluarga yang berhubungan dengan terapi di rumah, hal-hal yang harus dihindarkan akibat dari gangguan kesehatan yang dialami, dan komplikasi yang mungkiin terjadi.

c) Bersama pasien dan keluarga, kaji faktor-faktor lingkungan di rumah yang dapat mengganggu perawatan diri (contoh: ukuran kamar, lebar jalan, langkah, fasilitas kamar mandi, serta perawat yang melakukan perawatan di rumah hadir pada saat rujukan dilakukan, untuk membantu pengkajian).

d) Berkolaborasi dengan dokter dan disiplin ilmu yang lain dalam mengkaji perlunya rujukan untuk mendapat perawatan di rumah atau di tempat pelayanan yang lainnya.

e) Kaji penerimaan terhadap masalah kesehatan dan larangan yang berhubungan dengan masalah kesehatan tersebut.

f) Konsultasi dengan anggota tim kesehatan lain tentang berbagai kebutuhan klien setelah pulang.

g) Tetapkan diagnosa keperawatan yang tepat, lakukan implementasi rencana keperawatan. Evaluasi kemajuan secara terus menerus. Tentukan tujuan pulang yang relevan, yaitu sebagai berikut:

1) Pasien akan memahami masalah kesehatan dan implikasinya.

2) Pasien akan mampu memenuhi kebutuhan individualnya.

3) Lingkungan rumah akan menjadi aman

4) Tersedia sumber perawatan kesehatan di rumah

Persiapan sebelum hari kepulangan pasien:

1) Anjurkan cara-cara untuk merubah pengaturan fisik di rumah sehingga kebutuhan pasien dapat terpenuhi.
2) Berikan informasi tentang sumber-sumber pelayanan kesehatan di masyarakat kepada pasien dan keluarga.
3) Lakukan pendidikan untuk pasien dan keluarga sesegera mungkin setelah pasien di rawat di rumah sakit (contoh: tanda dan gejala, komplikasi, informasi tentang obat-obatan yang diberikan, penggunaan perawatan medis dalam perawatan lanjutan, diet, latihan, hal-hal yang harus dihindari sehubungan dengan penyakit atau oprasi yang dijalani). Pasien mungkin dapat diberikan pamflet atau buku pada hari kepulangan pasien.
4) Biarkan pasien dan keluarga bertanya atau berdiskusi tentang berbagai isu berkaitan dengan perawatan di rumah (sesuai pilihan).
5) Periksa order pulang dari dokter tentang resep, perubahan tindakan pengobatan, atau alat-alat khusus yang diperlukan pesan harus ditulis sedini mungkin).
6) Tentukan apakah pasien atau keluarga telah mengatur transportasi untuk pulang ke rumah.
7) Tawarkan bantuan ketika pasien berpakaian dan mempersiapkan seluruh barang-barang pribadinya untuk dibawa pulang. Berikan privasi jika diperlukan.

8) Periksa seluruh kamar mandi dan lemari bila ada barang pasien yang masih tertinggal. Carilah salinan daftar barang-barang berharga milik pasien yang telah ditandatangani dan minta satpam atau administrator yang tepat untuk mengembalikan barang-barang berharga tersebut kepada pasien. Hitung semua barang-barang berharga yang ada.

9) Berikan pasien resep atau obat-obatan sesuai dengan pesan dokter. Periksa kembali instruksi sebelumnya.

10) Hubungi kantor keuangan lembaga untuk menentukan apakah pasien masih perlu membayar sisa tagian biaya. Atur pasien atau keluarga untuk pergi ke kantor tersebut.

11) Gunakan alat pengangkut barang untuk membawa barang-barang pasien. berikan kursi roda untuk pasien yang tidak bisa berjalan sendiri. Pasien yang meninggalkan rumah sakit dengan mobil ambulans akan dipindahkan dengan kereta dorong ambulans.

12) Bantu pasien pindah ke kursi roda atau kereta dorong dengan mengunakan mekanika tubuh dan teknik pemindahan yang benar. Iringi pasien masuk ke dalam lembaga dimana sumber transaportasi merupakan hal yang diperhatikan.

13) Kunci kursi roda. Bantu pasien pindah ke mobil atau alat transportasi lain. Bantu keluarga memindahkan barang-barang pribadi pasien ke dalam kendaraan tersebut.

14) Kembali ke unit dan beritahukan departemen penerimaan dan departemen lain yang berwenang mengenai waktu kepulangan pasien.

15) Catat kepulangan pasien pada format ringkasan pulang. Pada beberapa institusi pasien akan menerima salinan dari format tersebut.

16) Dokumentasikan status masalah kesehatan saat pasien pulang.

2) Keberhasilan *Discharge Planning*

Sebuah *discharge planning* dikatakan baik apabila pasien telah dipersiapkan untuk pulang, pasien telah mendapatkan penjelasan-penjelasan yang diperlukan, serta instruksi-instruksi yang harus dilakukan, serta apabila pasien diantarkan pulang sampai ke mobil atau alat transportasi lainnya (The Royal Marsden Hospital, 2004 dalam Siahaan, 2009). Kesuksesan tindakan *discharge planning* menjamin pasien mampu melakukan tindakan perawatan lanjutan yang aman dan realistis setelah meninggalkan rumah sakit (Hou, 2001 dalam Potter & Perry, 2006). *Discharge planning* yang berhasil adalah suatu proses yang terpusat terkoordinasi dan terdiri dari berbagai disiplin ilmu yang memberi kepastian bahwa pasien mempunyai suatu rencana untuk memperoleh perawatan yang berkelanjutan setelah meninggalkan rumah sakit (American Hospital Association, 1983 dalam Potter & Perry, 2005).

Discharge planning membantu proses transisi pasien dari satu lingkungan ke lingkungan yang lain. Proses tersebut dapat dilihat keberhasilannya dengan beberapa indikator (Potter & Perry, 2005). Indikator hasil yang diperoleh harus ditujukan untuk keberhasilan *discharge planning* pasien, yaitu:

a. Pasien dan keluarga memahami diagnosa, antisipasi tingkat fungsi, obatobatan dan tindakan pengobatan untuk kepulangan, antisipasi keperawatan tingkat lanjut, dan respon yang diambil pada kondisi kedaruratan.

b. Pendidikan khusus diberikan kepada pasien dan keluarga untuk memastikan perawatan yang tepat setelah klien pulang.

c. Sistem pendukung di masyarakat dikoordinasikan agar memungkinkan pasien untuk kembali ke rumahnya dan untuk membantu klien dan keluarga membuat koping terhadap perubahan dalam status kesehatan pasien.

d. Melakukan relokasi pasien dan koordinasi sistem pendukung atau memindahkan pasien ke tempat pelayanan kesehatan lain.

B.Gangguan Kejiwaan

1. Pengertian Gangguan Jiwa

Saat ini gangguan jiwa didefinisikan dan ditangani sebagai masalah medis. Gangguan jiwa menurut Depkes RI (2010) adalah suatu perubahan pada fungsi jiwa yang menyebabkan adanya gangguan pada fungsi jiwa yang menimbulkan penderitaan pada individu dan hambatan dalam

melaksanakan peran sosial. Gangguan jiwa atau *mental illenes* adalah kesulitan yang harus dihadapi oleh seseorang karena hubungannya dengan orang lain, kesulitan karena persepsinya tentang kehidupan dan sikapnya terhadap dirinya sendiri-sendiri (Budiman, 2010). Sedangkan menurut Maramis (2010), gangguan jiwa adalah gangguan alam: cara berpikir (*cognitive*), kemauan (*volition*), emosi (*affective*), tindakan (*psychomotor*).

Gangguan jiwa merupakan kumpulan dari keadaan-keadaan yang tidak normal, baik yang berhubungan dengan fisik, maupun dengan mental. Keabnormalan tersebut dibagi ke dalam dua golongan yaitu : gangguan jiwa (Neurosa) dan sakit jiwa (Psikosa). Keabnormalan terlihat dalam berbagai macam gejala yang terpenting diantaranya adalah ketegangan (tension), rasa putus asa dan murung, gelisah, cemas, perbuatan-perbuatan yang terpaksa (convulsive), hysteria, rasa lemah, tidak mampu mencapai tujuan, takut, pikiran-pikiran buruk. Gangguan Jiwa menyebabkan penderitanya tidak sanggup menilai dengan baik kenyataan, tidak dapat lagi menguasai dirinya untuk mencegah mengganggu orang lain atau merusak/menyakiti dirinya sendiri (Yosep, 2009). Gangguan jiwa sesungguhnya sama dengan gangguan jasmaniah lainnya, hanya saja gangguan jiwa bersifat lebih kompleks, mulai dari yang ringan seperti rasa cemas, takut hingga yang tingkat berat berupa sakit jiwa atau lebih kita kenal sebagai gila (Budiman, 2010).

2. Faktor Yang Menyebabkan Gangguan Jiwa

Gejala utama atau gejala yang paling menonjol pada gangguan jiwa terdapat pada unsur kejiwaan, tetapi penyebab utamanya mungkin dibadan (somatogenik), di lingkungan sosial (sosiogenik), ataupun psikis (psikogenik), (Maramis, 2010). Biasanya tidak terdapat penyebab tunggal, akan tetapi beberapa penyebab sekaligus dari berbagai unsur itu yang saling mempengaruhi atau kebetulan terjadi bersamaan, lalu timbullah gangguan badan ataupun gangguan jiwa. Menurut Stuart & Sundeen (2008) penyebab gangguan jiwa dapat dibedakan atas:

a. Faktor Biologis/Jasmaniah

1) Keturunan

Peran yang pasti sebagai penyebab belum jelas, mungkin terbatas dalam mengakibatkan kepekaan untuk mengalami gangguan jiwa tapi hal tersebut sangat ditunjang dengan faktor lingkungan kejiwaan yang tidak sehat.

2) Jasmaniah

Beberapa peneliti berpendapat bentuk tubuh seseorang berhubungan dengan ganggua jiwa tertentu. Misalnya yang bertubuh gemuk/endoform cenderung menderita psikosa manik depresif, sedang yang kurus/ectoform cenderung menjadi skizofrenia.

3) Temperamen

Orang yang terlalu peka/sensitif biasanya mempunyai masalah kejiwaan dan ketegangan yang memiliki kecenderungan mengalami gangguan jiwa.

4) Penyakit dan cedera tubuh

Penyakit-penyakit tertentu misalnya penyakit jantung, kanker, dan sebagainya mungkin dapat menyebabkan merasa murung dan sedih. Demikian pula cedera/cacat tubuh tertentu dapat menyebabkan rasa rendah diri.

5) Ansietas dan Ketakutan

Kekhawatiran pada sesuatu hal yang tidak jelas dan perasaan yang tidak menentu akan sesuatu hal menyebabkan individu merasa terancam, ketakutan hingga terkadang mempersepsikan dirinya terancam.

6) Faktor Psikologis

Bermacam pengalaman frustasi, kegagalan dan keberhasilan yang dialami akan mewarnai sikap, kebiasaan dan sifatnya. Pemberian kasih sayang orang tua yang dingin, acuh tak acuh, kaku dan keras akan menimbulkan rasa cemas dan tekanan serta memiliki kepribadian yang bersifat menolak dan menentang terhadap lingkungan.

b. Faktor Sosio-Kultural

Beberapa penyebab gangguan jiwa menurut Wahyu (2012) yaitu :

1) Penyebab primer (*primary cause*)

Kondisi yang secara langsung menyebabkan terjadinya gangguan jiwa, atau kondisi yang tanpa kehadirannya suatu gangguan jiwa tidak akan muncul.

2) Penyebab yang menyiapkan (*predisposing cause*)

Menyebabkan seseorang rentan terhadap salah satu bentuk gangguan jiwa.

3) Penyebab yang pencetus (*precipatating cause*)

Ketegangan-ketegangan atau kejadian-kejadian traumatik yang langsung dapat menyebabkan gangguan jiwa atau mencetuskan gangguan jiwa.

4) Penyebab menguatkan (*reinforcing cause*)

Kondisi yang cenderung mempertahankan atau mempengaruhi tingkah laku maladaptif yang terjadi.

5) Multiple cause

Serangkaian faktor penyebab yang kompleks serta saling mempengaruhi. Dalam kenyataannya, suatu gangguan jiwa jarang disebabkan oleh satu penyebab tunggal, bukan sebagai hubungan sebab akibat, melainkan saling mempengaruhi antara satu faktor penyebab dengan penyebab lainnya.

c. Faktor Presipitasi

Faktor stressor presipitasi mempengaruhi dalam kejiwaan seseorang. Sebagai faktor stimulus dimana setiap individu

mempersepsikan dirinya melawan tantangan, ancaman, atau tuntutan untuk koping. Masalah khusus tentang konsep diri disebabkan oleh setiap situasi dimana individu tidak mampu menyesuaikan. Lingkungan dapat mempengaruhi konsep diri dan komponennya. Lingkungan dan stressor yang dapat mempengaruhi gambaran diri dan hilangnya bagian badan, tindakan operasi, proses patologi penyakit, perubahan struktur dan fungsi tubuh, proses tumbuh kembang, dan prosedur tindakan serta pengobatan (Stuart&Sundeen, 2008).

3. Klasifikasi Gangguan Jiwa

Klasifikasi berdasarkanDiagnosis gangguan jiwa menurut Dalami (2009) dibagi menjadi:

a. Gangguan Jiwa Psikotik

Gangguan jiwa psikotik yang meliputi gangguan otak organik ditandai dengan hilangnya kemampuan menilai realita, ditandai waham (delusi) dan halusinasi, misalnya skizofrenia dan demensia.

1) Skizofrenia

Skizofrenia adalah gangguan psikotik yang ditandai dengan berbagai tingkat kepribadian diorganisasi yang mengurangi kemampuan individu untuk bekerja secara efektif dan untuk berkomunikasi dengan orang lain. Gejala klinis skizofrenia sering bingung, depresi, menarik diri atau cemas. Hal ini berdampak pada keinginan dan kemampuan untuk meakukan tindakan oral hygiene

Skizofrenia mempunyai macam-macam jenisnya, menurut Maramis (2004) jenis-jenis skizofrenia meliputi:

a) Skizofrenia residual, merupakan keadaan skizofrenia dengan gejala-gejala primernya Bleuler, tetapi tidak jelas adanya gejala-gejala sekunder. Keadaan ini timbul sesudah beberapa kali serangan skizofrenia.

b) Skizofrenia simpleks, sering timbul pertama kali pada masa pubertas. Gejala utama ialah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan. Gangguan proses berfikir biasanya sukar ditemukan. Waham dan halusinasi jarang sekali terdapat. Jenis ini timbul secara perlahan. Pada permulaan mungkin penderita kurang memperhatikan keluarganya atau menarik diri dari pergaulan. Makin lama ia semakin mundur dalam kerjaan atau pelajaran dan pada akhirnya menjadi pengangguran, dan bila tidak ada orang yang menolongnya ia akan mungkin akan menjadi "pengemis", "pelacur" atau "penjahat".

c) Skizofrenia hebefrenik atau disebut juga hebefrenia, menurut Maramis (2004) permulaannya perlahan-lahan dan sering timbul pada masa remaja atau antara 15–25 tahun. Gejala yang menyolok adalah gangguan proses berfikir, gangguan kemauan dan adanya depersonalisasi. Gangguan psikomotor seperti perilaku kekanak-kanakan sering terdapat pada jenis ini. Waham dan halusinasi banyak sekali.

d) Skizofrenia katatonik atau disebut juga katatonia, timbulnya pertama kali antara umur 15-30 tahun dan biasanya akut serta sering didahului oleh stres emosional. Mungkin terjadi gaduh gelisah katatonik atau stupor katatonik.

e) Pada skizofrenia skizoafektif, di samping gejala-gejala skizofrenia terdapat menonjol secara bersamaan, juga gejala-gejala depresi atau gejala-gejala mania. Jenis ini cenderung untuk menjadi sembuh tanpa efek, tetapi mungkin juga timbul lagi serangan.

2) Demensia

Demansia diklasifikasikan sebagai gangguan medis dan kejiwaan, demensia terkait dengan hilangnya fungsi otak. Demensia melibatkan masalah progresif dengan memori, perilaku, belajar, dan komunikasi yang mengganggu fungsi sehari-hari dan kualitas hidup. Ada dua jenis demensia, yaitu :

a) Kerusakan kognitif reversibel

Sering dikaitkan dengan obat-obatan, resep atau lainnya, endokrin, kekurangan gizi, tumor, dan infeksi.

b) Kerusakan kognitif ireversibel

Alzheimer dan vaskular demensia merupakan kerusakan kognitif ireversibel yang paling umum. Alzheimer memiliki resiko meliputi usia, genetika, kerusakan otak, sindroma down. Demensia vaskular melibatkan kerusakan kognitif yang permanen akibat penyakit serebrovaskuler. Tingkat keparahan

dan durasi gangguan tergantung pada penyakit serebrovaskular dan respon individu terhadap pengobatan.

b. Gangguan Jiwa Neurotik

Gangguan kepribadian dan gangguan jiwa yang lainnya merupakan suatu ekspresi dari ketegangan dan konflik dalam jiwanya, namun umumnya penderita tidak menyadari bahwa ada hubungan antara gejala-gejala yang dirasakan dengan konflik emosinya. Gangguan ini tanpa ditandai kehilangan intrapsikis atau peristiwa kehidupan yang menyebabkan kecemasan (ansietas), dengan gejala-gejala obsesi, fobia, dan kompulsif.

c. Depresi

Depresi merupakan penyakit jiwa akibat dysphoria (merasa sedih), tak berdaya, putus asa, mudah tersinggung, gelisah atau kombinasi dari karakteristik ini. Penderita depresi sering mengalami kesulitan dengan memori, konsentrasi, atau mudah terganggu dan juga sering mengalami delusi atau halusinasi. Ketika seseorang dalam keadaan depresi ada penurunan signifikan dalam personal hygiene dan mengganggu kebersihan mulut.

d. Gangguan jiwa fungsional

Gangguan jiwa fungsional tanpa kerusakan struktural dan kondisi biologis yang diketahui jelas sebagai penyebab kinerja yang buruk.

e. Gangguan jiwa organik

Gangguan jiwa organik adalah kesehatan yang buruk diakibatkan oleh suatu penyebab spesifik yang mengakibatkan perubahan struktural di otak, biasanya terkait dengan kinerja kognitif atau demensia.

f. Gangguan retardasi mental

Gangguan retardasi mental adalah suatu keadaan perkembangan mental yang terhenti dan tidak lengkap yang terutama ditandai oleh rendahnya keterampilan yang berpengaruh pada semua tingkat intelegensia yaitu kemampuan kognitif (daya ingat, daya pikir, daya belajar), bahasa, motorik, dan sosial.

4. Jenis-Jenis Gangguan Jiwa

Gangguan jiwa artinya bahwa yang menonjol ialah gejala-gejala yang psikologik dari unsur psikis Maramis, (2010). Jenis-jenis gangguan jiwa menurut Keliat, (2009): Gangguan jiwa organik dan simtomatik, skizofrenia, gangguan skizotipal, gangguan waham, gangguan suasana perasaan, gangguan neurotik, gangguan somatoform, sindrom perilaku yang berhubungan dengan gangguan fisiologis dan faktor fisik, gangguan kepribadian dan perilaku masa dewasa, retardasi mental, gangguan perkembangan psikologis, gangguan perilaku dan emosional dengan onset masa kanak dan remaja. Menurut Keliat, (2009) jenis-jenis gangguan jiwa yaitu:

a. Skizofrenia

Merupakan bentuk psikosa fungsional paling berat, dan menimbulkan disorganisasi personalitas yang terbesar. Skizofrenia juga merupakan suatubentuk psikosa yang sering dijumpai dimanamana sejak dahulu kala. Meskipun demikian pengetahuan kita tentang sebab-musabab dan patogenisanya sangat kurang. Dalam kasus berat, klien tidak mempunyai kontak dengan realitas, sehingga pemikiran dan perilakunya abnormal. Perjalanan penyakit ini secara bertahap akan menuju kearah kronisitas, tetapi sekali-kali bisa timbul serangan. Jarang bisa terjadi pemulihan sempurna dengan spontan dan jika tidak diobati biasanya berakhir dengan personalitas yang rusak "cacat". Skizofrenia mempunyai macam-macam jenisnya, menurut Maramis (2004) jenis-jenis skizofrenia meliputi: Skizofrenia residual, merupakan keadaan skizofrenia dengan gejala-gejala primernya Bleuler, tetapi tidak jelas adanya gejalagejala sekunder. Keadaan ini timbul sesudah beberapa kali serangan skizofrenia.

1) Skizofrenia simpleks, sering timbul pertama kali pada masa pubertas. Gejala utama ialah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan. Gangguan proses berfikir biasanya sukar ditemukan. Waham dan halusinasi jarang sekali terdapat. Jenis ini timbul secara perlahan. Pada permulaan mungkin penderita kurang memperhatikan keluarganya atau menarik diri dari pergaulan. Makin lama ia semakin mundur dalam kerjaan atau pelajaran dan pada akhirnya menjadi

penganggguran, dan bila tidak ada orang yang menolongnya ia akan mungkin akan menjadi "pengemis", "pelacur" atau "penjahat".

2) Skizofrenia hebefrenik atau disebut juga hebefrenia, menurut Maramis (2004) permulaannya perlahan-lahan dan sering timbul pada masa remaja atau antara 15–25 tahun. Gejala yang menyolok adalah gangguan proses berfikir, gangguan kemauan dan adanya depersonalisasi. Gangguan psikomotor seperti perilaku kekanak-kanakan sering terdapat pada jenis ini. Waham dan halusinasi banyak sekali.

3) Skizofrenia katatonik atau disebut juga katatonia, timbulnya pertama kali antara umur 15-30 tahun dan biasanya akut serta sering didahului oleh stres emosional. Mungkin terjadi gaduh gelisah katatonik atau stupor katatonik.

4) Skizofrenia skizoafektif, di samping gejala-gejala skizofrenia terdapat menonjol secara bersamaan, juga gejalagejala depresi atau gejala-gejala mania. Jenis ini cenderung untuk menjadi sembuh tanpa efek, tetapi mungkin juga timbul lagi serangan.

b. Depresi

Merupakan satu masa terganggunya fungsi manusia yang berkaitan dengan alam perasaan yang sedih dan gejala penyertanya, termasuk perubahan pada pola tidur dan nafsu makan, psikomotor, konsentrasi, kelelahan, rasa putus asa dan tak berdaya, serta gagasan bunuh diri. Depresi juga dapat diartikan sebagai salah satu bentuk gangguan

kejiwaan pada alam perasaan yang ditandai dengan kemurungan, keleluasaan, ketiadaan gairah hidup, perasaan tidak berguna, putus asa dan lain sebagainya. Depresi adalah suatu perasaan sedih dan yang berhubungan dengan penderitaan, dapat berupa serangan yang ditujukan pada diri sendiri atau perasaan marah yang mendalam. Depresi adalah gangguan patologis terhadap mood mempunyai karakteristik berupa bermacam-macam perasaan, sikap dan kepercayaan bahwa seseorang hidup menyendiri, pesimis, putus asa, ketidak berdayaan, harga diri rendah, bersalah, harapan yang negatif dan takut pada bahaya yang akandatang. Depresi menyerupai kesedihan yang merupakan perasaan normal yang muncul sebagai akibat dari situasi tertentu misalnya kematian orang yang dicintai. Sebagai ganti rasa ketidaktahuan akan kehilangan seseorang akan menolak kehilangan dan menunjukkan kesedihan dengan tanda depresi.

Individu yang menderita suasana perasaan (mood) yang depresi biasanya akan kehilangan minat dan kegembiraan, dan berkurangnya energi yang menuju keadaan mudah lelah dan berkurangnya aktifitas. Depresi dianggap normal terhadap banyak stress kehidupan dan abnormal hanya jika ia tidak sebanding dengan peristiwa penyebabnya dan terus berlangsung sampai titik dimana sebagian besar orang mulai pulih.

c. Kecemasan

Sebagai pengalaman psikis yang biasa dan wajar, yang pernah dialami oleh setiap orang dalam rangka memacu individu untuk mengatasi masalah yang dihadapi sebaik-baiknya. Suatu keadaan seseorang merasa khawatir dan takut sebagai bentuk reaksi dari ancaman yang tidak spesifik. Penyebabnya maupun sumber biasanya tidak diketahui atau tidak dikenali. Intensitas kecemasan dibedakan dari kecemasan tingkat ringan sampai tingkat berat. Menurut Stuart & Sundeen (2008) mengidentifikasi rentang respon kecemasan kedalam empat tingkatan yang meliputi kecemasan ringan, sedang, berat, dan kecemasan panik.

d. Gangguan Kepribadian Klinik

Menunjukkan bahwa gejala-gejala gangguan kepribadian (psikopatia) dan gejala-gejala nerosa berbentuk hampir sama pada orang-orang dengan intelegensi tinggi ataupun rendah. Jadi boleh dikatakan bahwa gangguan kepribadian, nerosa dan gangguan intelegensi sebagian besar tidak tergantung pada satu dan yang lain atau tidak berkorelasi. Klasifikasi gangguan kepribadian: kepribadian paranoid, kepribadian afektif atau siklotemik, kepribadian skizoid, kepribadian axplosif, kepribadian anankastik atau obsesif-konpulsif, kepribadian histerik, kepribadian astenik, kepribadian antisosial, kepribadian pasif agresif, kepribadian inadequate.

e. Gangguan mental organik

Merupakan gangguan jiwa yang psikotik atau non-psikotik yang disebabkan oleh gangguan fungsi jaringan otak. Gangguan fungsi jaringan otak ini dapat disebabkan oleh penyakit badaniah yang terutama mengeni otak atau yang terutama diluar otak. Bila bagian otak yang terganggu itu luas, maka gangguan dasar mengenai fungsi mental sama saja, tidak tergantung pada penyakit yang menyebabkannya bila hanya bagian otak dengan fungsi tertentu saja yang terganggu, maka lokasi inilah yang menentukan gejala dan sindroma, bukan penyakit yang menyebabkannya. Pembagian menjadi psikotik dan tidak psikotik lebih menunjukkan kepada berat gangguan otak pada suatu penyakit tertentu dari pada pembagian akut dan menahun.

f. Gangguan kepsikomatik

Merupakan komponen psikologik yang diikuti gangguan fungsi badaniah. Sering terjadi perkembangan neurotik yang memperlihatkan sebagian besar atau semata-mata karena gangguan fungsi alat-alat tubuh yang dikuasai oleh susunan saraf vegetatif. Gangguan psikosomatik dapat disamakan dengan apa yang dinamakan dahulu neurosa organ. Karena biasanya hanya fungsi faaliah yang terganggu, maka sering disebut juga gangguan psikofisiologik.

g. Retardasi mental

Retardasi mental merupakan keadaan perkembangan jiwa yang terhenti atau tidak lengkap, yang terutama ditandai oleh terjadinya

hilangnya keterampilan selama masa perkembangan, sehingga berpengaruh pada tingkat kecerdasan secara menyeluruh, misalnya kemampuan kognitif, bahasa, motorik, dan sosial.

h. Gangguan perilaku masa anak dan remaja

Anak dengan gangguan perilaku menunjukkan perilaku yang tidak sesuai dengan permintaan, kebiasaan atau norma-norma masyarakat. Anak dengan gangguan perilaku dapat menimbulkan kesukaran dalam asuhan dan pendidikan. Gangguan perilaku mungkin berasal dari anak atau mungkin dari lingkungannya, akan tetapi akhirnya kedua faktor ini saling memengaruhi. Diketahui bahwa ciri dan bentuk anggota tubuh serta sifat kepribadian yang umum dapat diturunkan dari orang tua kepada anaknya. Pada gangguan otak seperti trauma kepala, ensepalitis, neoplasma dapat mengakibatkan perubahan kepribadian. Faktor lingkungan juga dapat mempengaruhi perilaku anak, dan sering lebih menentukan oleh karena lingkungan itu dapat diubah, maka dengan demikian gangguan perilaku itu dapat dipengaruhi atau dicegah.

5. Tanda dan Gejala Gangguan Jiwa

Gejala-gejala gangguan jiwa adalah hasil interaksi yang kompleks antara unsur somatic, psikologik, dan sosio-budaya. Gejala-gejala inilah sebenarnya menandakan dekompensasi proses adaptasi dan terdapat terutama pemikiran, perasaan dan perilaku (Maramis, 2010). Gangguan mental dan penyakit mental dalam taraf awal gejala-gejalanya sulit dibedakan, bahkan gejala itu kadangkala menampak pada orang normal

yang sedang tertekan emosinya dalam batas-batas tertentu. Pada taraf awal sulit dibedakan dengan gejala pada gangguan mental gejala umum yang muncul mengenahi keadaan fisik, mental, dan emosi. Tanda dan gejala gangguan jiwa secara umum menurut Yosep (2009) adalah sebagai berikut :

a. Ketegangan (tension), Rasa putus asa dan murung, gelisah, cemas, perbuatan-perbuatan yang terpaksa (convulsive), hysteria, rasa lemah, tidak mampu mencapai tujuan, takut, pikiran-pikiran buruk.
b. Gangguan kognisi, pada persepsi merasa mendengar (mempersepsikan) sesuatu bisikan yang menyuruh membunuh, melempar, naik genting, membakar rumah, padahal orang disekitarnya tidak mendengarnya dan suara tersebut sebenarnya tidak ada hanya muncul dari dalam individu sebagai bentuk kecemasan yang sangat berat dia rasakan. Hal ini sering disebut halusinasi, klien bisa mendengar sesuatu, melihat sesuatu atau merasakan sesuatu yang sebenarnya tidak ada menurut orang lain.
c. Gangguan kemauan, klien memiliki kemauan yang lemah (abulia) susah membuat keputusan atau memulai tingkah laku, susah sekali bangun pagi, mandi, merawat diri sendiri sehingga terlihat kotor, bau, dan acak-acakan.
d. Ganggaun emosi, klien merasa senang, gembira yang berlebihan (Waham kebesaran). Klien merasa sebagai orang penting, sebagai raja, pengusaha, orang kaya, titisan Bung Karno tetapi dilain waktu ia bisa merasa sangat sedih, menangis, tak berdaya (depresi) samapai ada ide ingin mengakhiri hidupnya.

e. Gangguan psikomotor Hiperaktivitas, klien melakukan pergerakan yang berlebihan naik keatas genting berlari, berjalan maju mundur, meloncat-loncat, melakukan apa-apa yang tidak disuruh atau menentang apa yang disuruh, diam lama tidak bergerak atau melakukan gerakan aneh.

Menurut Yosep, (2009) dalam keadaan fisik dapat dilihat pada anggota tubuh seseorang yang menderita gangguan jiwa, diantaranya sebagai berikut :

1) Suhu Badan berubah Orang normal rata-rata mempunyai suhu badan sekitar 37 derajat celcius. Pada orang yang sedang mengalami gangguan mental meskipun secara fisik tidak terkena penyakit kadangkala mengalami perubahan suhu.
2) Denyut nadi menjadi cepat Denyut nadi berirama, terjadi sepanjang hidup. Ketika menghadapi keadaan yang tidak menyenangkan, seseorang dapat mengalami denyut nadi semakin cepat.
3) Nafsu makan berkurang Seseorang yang sedang terganggu kesehatan mentalnya akan mempengaruhi pula dalam nafsu makan. Keadaan mental dan emosi nampak ditandai dengan :
4) Delusi atau Waham yaitu keyakinan yang tidak rasional (tidak masuk akal) meskipun telah dibuktikkan secara obyektif bahwa keyakinannya itu tidak rasional, namun penderita tetap meyakini kebenarannya.

5) Halusinasi yaitu pengelaman panca indera tanpa ada rangsangan misalnya penderita mendengar suara-suara atau bisikan-bisikan di telinganya padahal tidak ada sumber dari suara/bisikan itu.

6) Kekacauan alam pikir yaitu yang dapat dilihat dari isi pembicaraannya, misalnya bicaranya kacau sehingga tidak dapat diikuti jalan pikirannya.

7) Gaduh, gelisah, tidak dapat diam, mondar-mandir, agresif, bicara dengan semangat dan gembira berlebihan.

8) Tidak atau kehilangan kehendak (avalition), tidak ada inisiatif, tidak ada upaya usaha, tidak ada spontanitas, monoton, serta tidak ingin apa-apa dan serba malas dan selalu terlihat sedih.

6. Penyebab Umum Gangguan Jiwa

Gejala utama atau gejala lain yang timbul itu terdapat pada unsur kejiwaan tetapi penyebab utamanya dapat berasal dari badan (somatogenik), psikogenik, di lingkungan sosial (sosiogenik).

a. Faktor-faktor Somatogenik

Dalam setiap individu memiliki fisik yang berbeda beda.Struktur jaringan dan fungsi system syaraf dalam mempengaruhi tubuh untuk dapat beradaptasi dan menerima rangsang sampai dapat diterima oleh otak tubuh manusia (Djamaludin, 2010).

b. Faktor Psikogenik

Perasaan interaksi antara orang tua dan anak, secara normal akan timbul rasa percaya dan rasa aman, namun jika timbul perasaan abnormal

berdasarkan kekurangan, distorsi, dan keadaan yang terputus dapat menimbulkan perasaan tak percaya dan kebimbangan. Hal ini dapat berlanjut pada hubungan dengan lain keluarga dan pekerjaan, serta masyarakat. Selain itu dapat timbul karena ada faktor kehilangan yang mengakibatkan kecemasan, depresi, rasa malu atau rasa salah. Tingkat emosi dan kemampuan individu dalam mengenal diri kemampuan berkreatifitas, keterampilan dan menyesuaikan diri terhadap lingkungan (Djamaludin, 2010).

c. Faktor Lingkungan

Sosial Kestabilan keluarga sangat berpengaruh dalam kejiwaan setiap orang. Seperti halnya pola asuh yang diterima seorang anak dari orang tuanya. Nilai-nilai yang ditanamkan akan mempengaruhi kehidupan dan kejiwaan setiap individu (Djamaludin, 2010).

7. Dampak Gangguan Jiwa bagi Keluarga

Menurut Wahyu, (2012) dari anggota yang menderita gangguan jiwa bagi keluarga diantaranya keluarga belum terbiasa dengan:

a. Penolakan

Sering terjadi dan timbul ketika ada keluarga yang menderita gangguan jiwa, pihak anggota keluarga lain menolak penderita tersebut dan meyakini memiliki penyakit berkelanjutan. Selama episode akut anggota keluarga akan khawatir dengan apa yang terjadi pada mereka cintai. Pada proses awal, keluarga akan melindungi orang yang sakit dari orang lain dan menyalahkan dan merendahkan orang yang sakit untuk

perilaku tidak dapat diterima dan kurangnya prestasi. Sikap ini mengarah pada ketegangan dalam keluarga, dan isolasi dan kehilangan hubungan yang bermakna dengan keluarga yang tidak mendukung orang yang sakit. Tanpa informasi untuk membantu keluarga belajar untuk mengatasi penyakit mental, keluarga dapat menjadi sangat pesimis tentang masa depan.

Sangat penting bahwa keluarga menemukan sumber informasi yang membantu mereka untuk memahami bagaimana penyakit itu mempengaruhi orang tersebut. Mereka perlu tahu bahwa dengan pengobatan, psikoterapi atau kombinasi keduanya, mayoritas orang kembali ke gaya kehidupan normal.

b. Stigma

Informasi dan pengetahuan tentang gangguan jiwa tidak semua dalam anggota keluarga mengetahuinya. Keluarga menganggap penderita tidak dapat berkomunikasi layaknya orang normal lainnya. Menyebabkan beberapa keluarga merasa tidak nyaman untuk mengundang penderita dalam kegiatan tertentu. stigma dalam begitu banyak di kehidupan sehari-hari, tidak mengherankan, semua ini dapat mengakibatkan penarikan dari aktif berpartisipasi dalam kehidupan sehari-hari.

c. Frustasi, tidak berdaya dan kecemasan

Sulit bagi siapa saja untuk menangani dengan pemikiran aneh dan tingkah laku aneh dan tak terduga. Hal ini membingungkan, menakutkan, dan melelahkan. Bahkan ketika orang itu stabil pada obat,

apatis dan kurangnya motivasi bisa membuat frustasi. Anggota keluarga memahami kesulitan yang penderita miliki. Keluarga dapat menjadi marah-marah, cemas, dan frustasi karena berjuang untuk mendapatkan kembali ke rutinitas yang sebelumnya penderita lakukan.

d. Kelelahan dan *Burn out*

Seringkali keluarga menjadi putus asa berhadapan dengan orang yang dicintai yang memiliki penyakit mental. Mereka mungkin mulai merasa tidak mampu mengatasi dengan hidup dengan orang yang sakit yang harus terus-menerus dirawat. Namun seringkali, mereka merasa terjebak dan lelah oleh tekanan dari perjuangan sehari-hari, terutama jika hanya ada satu anggota keluarga mungkin merasa benar-benar diluar kendali. Hal ini bisa terjadi karena orang yang sakit ini tidak memiliki batas yang ditetapkan di tingkah lakunya. Keluarga dalam hal ini perlu dijelaskan kembali bahwa dalam merawat penderita tidak boleh merasa letih, karena dukungan keluarga tidak boleh berhenti untuk selalu men-support penderita.

C. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah mendefenisikan variabel secara operasional berdasarkan karateristik yang diamati, sehingga memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena (Alimul Hidayat, 2007).

Tabel 2.1
Defenisi Operasional

Variabel	Defenisi Operasional	Alat ukur	Cara ukur	Skala	Hasil ukur
Independen *Discharge Planninng*	Proses mempersiapkan pasien untuk meninggalkan satu unit pelayanan kepada unit yang lain di dalam atau di luar suatu agen pelayanan kesehatan umum.	Format *discharge planning* (Siahaan, 2009)	- Ya=1 - Tidak=0	Nominal	- Diberikan >60% - Tidak diberikan <60%
Dependen Kekambuhan pasein gangguan jiwa	perubahan pada fungsi jiwa yang menyebabkan adanya gangguan pada fungsi jiwa yang menimbulkan penderitaan pada individu dan hambatan dalam melaksanakan peran social	- Rekam Medik	- Pasien Kambuh apabila terjadi delusi halusinasi ,pembicaraan kacau , tingkah laku kacau atau katatonik , symptom symptom negative (Perry&Potter, 2008)	Nominal	- Tinggi = kambuh 2kali/tahun - Sedang = kambuh 1 kali/tahun - Rendah = tidak kambuh dalam setahun

BAB III
METODOLOGI PENELITIAN

A. Desain/Rancangan Penelitian

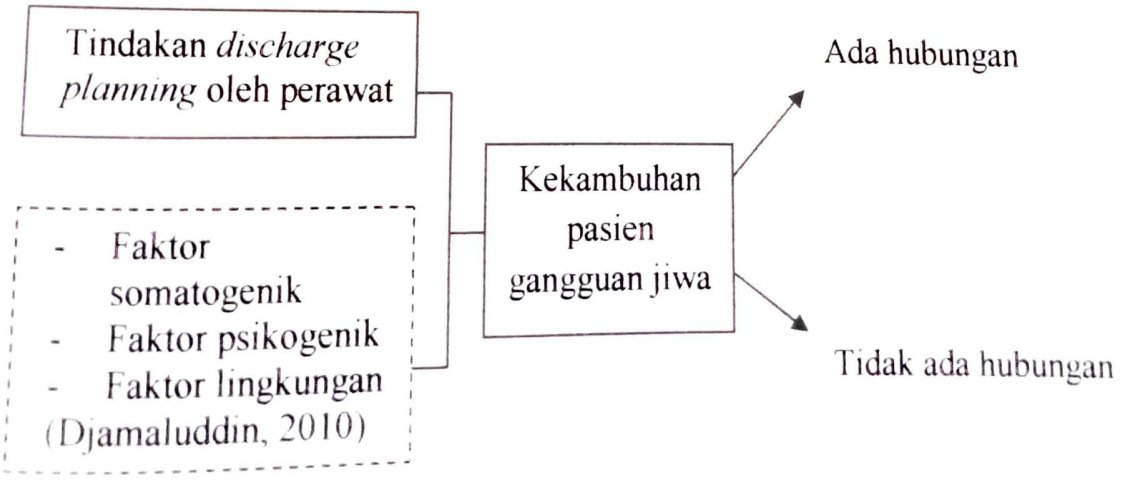
Metode penelitian ini bersifat *deskriptif kuantitatif* yang menggunakan desain penelitian deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional study*, yaitu suatu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi dengan menganalisa hubungan antara variabel independen dan variabel dependen, dimana variabel tersebut diamati pada waktu yang bersamaan saat penelitian berlangsung (Notoatmodjo, 2010).

B. Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan model konseptual yang berkaitan dengan bagaimana seseorang peneliti menyusun teori atau menghubungkan secara logis beberapa faktor yang dianggap penting untuk masalah (Alimul Hidayat, 2007).

Gambar 3.1

Kerangka Konsep



Keterangan :

: Diteliti

: Tidak diteliti

C. Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah pernyataan sebagai jawaban sementara atas pertanyaan penelitian, yang harus diuji validitasnya secara empiris (Sudigdo Sastroasmoro dan Sofyan Ismael, 2007). Sesuai dengan tujuan penelitian dan kerangka konsep, maka hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini adalah :

1. Hipotesis Kerja/ Alternatif (Ha)

   Hipotesis kerja atau hipotesis alternatif/riset adalah hipotesis yang menyatakan ada hubungan antar variable (Saryono, 2011).

   Ha = Ada Hubungan antara tindakan *discharge planning* dengan kekambuhan pada pasien gangguan jiwa di ruang perawatan jiwa RSUD Ciamis

2. Hipotesis Nol (Ho)

   Hipotesis Nol adalah hipotesis yang menyatakan tidak ada hubungan antar variable (Saryono, 2011).

   Ho = Tidak ada Hubungan antara tindakan *discharge planning* dengan kekambuhan pada pasien gangguan jiwa di ruang perawatan jiwa RSUD Ciamis.

D. Variable Penelitian

Identifikasi variabel adalah bagian penelitian dengan cara menentukan variabel-variabel yang ada dalam penelitian seperti variabel *independen*, *dependen*, *moderator*, *control*, dan *intervening* (Hidayat, 2007). Variabel

adalah suatu ukuran atau ciri yang dimiliki oleh anggota-anggota suatu kelompok yang berbeda dengan yang dimiliki oleh kelompok yang lain (Notoatmodjo, 2005).

1. Variabel *Independen*

Variabel *independen* ini merupakan variabel yang menjadi sebab perubahan atau timbulnya variabel dependen (terikat). Variabel ini juga dikenal dengan nama variabel bebas artinya bebas dalam memhubungani variabel lain, variabel ini punya nama lain variabel predictor, risiko, kausa (Hidayat, 2007). Yang termasuk variabel independen pada penelitian ini yaitu tindakan *discharge planning*.

2. Variabel *Dependen*

Variabel *dependen* ini merupakan variabel yang dihubungani atau menjadi akibat karena variabel bebas. Variabel ini tergantung dari variabel terhadap perubahan (Hidayat, 2007). Yang termasuk variabel dependen pada penelitian ini yaitu kekambuhan pasien gangguan jiwa.

E. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas: subjek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulanya (Sugiyono, 2005 dalam Alimul Hidayat, 2007). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien jiwa yang ada di ruang perawatan jiwa RSUD Ciamis yang berjumlah 10

orang selama penelitian berlangsung yaitu pada bulan September - Desember 2017.

2. Sampel

Sampel penelitian merupakan bagian populasi yang akan diteliti atau sebagian jumlah dari karateristik yang dimiliki oleh populasi (Alimul Hidayat, 2007). Metode pengambilan sampel yang digunakan adalah *total sampling* artinya sampel yang digunakan adalah total populasi. Metode ini digunakan karena jumlah populasi yang terbatas atau sedikit.

a. Kriteria *Inklusi*

- Pasien gangguan Jiwa rawat inap diruang perawatan jiwa RSUD Ciamis
- Pasien rencana pulang

b. Kriteria *Eksklusi*

- Pasien gangguan jiwa rawat jalan RSUD Ciamis

3. Teknik sampling

Tehnik sampling merupakan suatu proses seleksi sampel yang digunakan dalam penelitian dari populasi yang ada, sehingga jumlah sampel akan mewakili keseluruhan populasi yang ada (Alimul Hidayat, 2007). Tekhnik penentuan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *accidental sampling* yaitu pengambilan sampel yang dilakukan dengan mengambil sampel yang kebetulan ada dan tersedia saat penelitian dilakukan (Alimul Hidayat, 2007).

F. Instrumen Penelitian

Instrumen adalah alat pada waktu penelitian yang menggunakan suatu metode. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini berupa kuesioner untuk tingkat kekambuhan pasien gangguan jiwa dan format *discharge planning* (Siahaan, 2009).

G. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di RSUD Ciamis.

H. Pengumpulan dan Analisis Data

1. Jenis Data

   a. Data Primer

   Data yang diperoleh secara langsung melalui wawancara dengan responden menggunakan kuesioner yang telah disediakan.

   b. Data Sekunder

   Data sekunder diperoleh dari data yang telah dikumpulkan dengan cara observasi, melihat literatur buku yang ada di perpustakaan, internet atau *website*.

2. Teknik Pengolahan Data

   a. *Editing*

   Editing ialah memeriksa daftar check List yang akan digunakan untuk mengumpul data, dan dilakukan perubahan jika ada kesalahan.

b. *Coding*

Coding adalah mengklasifikasikan jawaban-jawaban dari para responden kedalam kategori. Biasanya klasifikasi dilakukan dengan cara memberi tanda atau kode berbentuk angka pada masing-masing jawaban.

Coding pada penelitian ini, antara lain :

D = Dilakukan

TD = Tidak Dilakukan

T = Tinggi

S = Sedang

R = Rendah

c. *Scoring*

Menetukan skor atau nilai tiap item pertanyaan dan tentukan nilai rendah dan tertinggi.

- *Discharge Planning* : ya =1, tidak =0

d. *Entry*

Entry ialah kegiatan untuk memasukkan data yang telah dibersihkan kedalam alat elektronik yaitu komputer.

e. *Tabulasi*

Tabulasi adalah kegiatan untuk meningkatkan data yang masuk kedalam tabel-tabel yang telah dipersiapkan. Adapun kegiatan yang dilakukan dalam langkah tabulasi data yaitu memberi skor (*scoring*) terhadap item-item yang perlu diberi skor mengubah jenis data bila diperlukan, disesuaikan atau dimodifikasi dengan teknik analisis yang akan digunakan.

f. *Cleaning*

Cleaning adalah pembersihan data yaitu kegiatan pencegahan kembali data yang sudah dientry apakah ada kesalahan atau tidak saat memasukkan data di komputer.

3. Analisis data

Analisa data menggunakan alat bantu program komputer. Analisa data dilakukan dengan analisis univariat dan analisis bivariat (Notoatmodjo, 2005), ebagai berikut :

a. Analisa *Univariate*

Analisa *univariate* bertujuan menjelaskan atau mendiskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. Bentuk analisis univariat tergantung dari jenis datanya. Untuk data numerik digunakan nilai mean atau rata-rata, median dan standar devisi. Pada umumnya dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi frekuensi dan persentase dari tiap variable (Notoatmodjo, 2005).

a. Variabel *Discharge Planning*

Diberikan >60%

Tidak diberikan <60%

b. Variabel Kekambuhan Gangguan Jiwa

Tinggi = kambuh >2 kali/tahun

Sedang = kambuh 1 kali/tahun

Rendah = tidak kambuh selama setahun

b. Analisa *Bivariate*

Analisa *bivariate* dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berpengaruh satu sama lain, dapat dalam kedudukan yang sejajar (pada pendekatan komparasi) dan kedudukan yang merupakan sebab akibat (eksperimentasi). Jika analisis yang dilakukan harus disesuaikan dengan sifat skala data dari setiap variabel (Badriah, 2006). Uji statistik yang digunakan adalah uji *chi square*. Uji *chi square* adalah suatu tehnik statistik yang dimaksudkan untuk menguji perbedaan antara dua kelompok atau lebih (Hidayat, 2007). Rumus *chi square* :

$$X^2 = \sum \frac{(F_o - F_h)^2}{F_h}$$

Keterangan :

X^2 = *Chi square*

F_o = Frekuensi yang diperoleh berdasarkan data

F_h = Frekuensi yang diharapkan

Dalam penelitian kesehatan uji signifikan dilakukan dengan menggunakan batas kemaknaan (alpha) = 0,05 dan 95% *confidence interval* (interval kepercayaan) dengan ketentuan sebagai berikut :

a. Jika ρ value < 0,05 = maka H_o ditolak (ρ value < α) dan H_a diterima, yang berarti ada hubungan

b. Jika ρ value > 0,05 maka H_o diterima (ρ value > α) dan H_a ditolak, yang berarti tidak hubungan

I. Etika penelitian

a. *Informed Consent*

Informed Consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. Tujuan lembar persetujuan agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian. Jika subjek bersedia, maka responden harus menandatangani lembar persetujuan. Jika subjek tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati hak pasien. Lembar persetujuan akan diberikan kepada responden yang akan diteliti.

b. *Anonymity* (tanpa nama)

Untuk menjaga kerahasiaan, peneliti tidak akan mencantumkan nama responden, tetapi lembar tersebut diberi kode.

c. *Confidientiality* (kerahasiaan)

Kerahasiaan informasi yang telah diberikan oleh responden dijamin dan menjadi tanggung jawab peneliti, data hanya akan disajikan kepada kelompok tertentu yang berhubungan dengan penelitian ini.

BAB IV
HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Karakteristik Responden

a. Umur

Gambaran distribusi frekuensi responden menurut kelompok umur di RSUD Ciamis dapat dilihat pada tabel 4.1 berikut.

Tabel 4.1
Distribusi Frekuensi Responden Menurut Kelompok Umur

No	Umur Responden	Frekuensi	Presentase
1	18-24	3	30
2	25-40	4	40
3	>40	3	30
	Total	10	100

Sumber : Data Primer, 2017

Berdasarkan tabel 4.1 tentang umur responden, dimana hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 10 responden yang berusia 18-24 tahun sebanyak 3 responden atau (30%), yang berusia 25-40 tahun sebanyak 4 responden atau (40%), dan responden yang berusia >40 tahun sebanyak 3 responden atau (30%).

b. Pendidikan

Gambaran distribusi frekuensi responden menurut tingkat pendidikan dapat dilihat pada tabel 4.2 berikut.

Tabel 4.2
Distribusi Frekuensi Responden Menurut Pendidikan

Pendidikan	Frekuensi	Persentase
SD	4	40
SMP	2	20
SMA	1	10
TIDAK SEKOLAH	3	30
TOTAL	10	100

Sumber: Data primer, 2017

Berdasarkan tabel 4.2 di atas di dapatkan bahwa dari 68 responden yang berpendidikan SD sebanyak 4 atau 40% responden, yang berpendidikan SMP sebanyak 2 atau 20% responden, yang berpendidikan SMA sebanyak 1 atau 10% respnden, yang, dan yang tidak sekolah sebanyak 3 atau 30% responden.

2. Analisa *Univariat*

a. Tindakan *discharge planning* oleh perawat

Gambaran pemberian tindakan discharge planning oleh perawat terhadap penderita gangguan jiwa di RSUD Ciamis dapat dilihat pada tabel 4.3 berikut.

Tabel 4.3
Pemberian Tindakan *Discharge Planning* Perawat Pada Pasien Gangguan Jiwa di RSUD Ciamis

No	Kategori	Frekuensi	Persentase (%)
1	Dilakukan	8	80
2	Tidak dilakukan	2	20
Jumlah		**10**	**100**

Sumber : Data Primer, 2017

Berdasarkan Tabel 4.3 menunjukkan bahwa pemberian tindakan *discharge planning* oleh perawat, dimana hasil penelitian menunjukkan

bahwa dari 10 responden yang dilakukan discharge planning sebanyak 8 responden atau (80%), dan yang tidak dilakukan *discharge planning* sebanyak 2 responden atau (20%).

b. Kekambuhan pasien gangguan jiwa

Gambaran kekambuhan pasien gangguan jiwa dalam 1 tahun terakhir di RSUD Ciamis dapat dilihat pada tabel 4.4 berikut

Tabel 4.4
Distribusi Kekambuhan Pasien Gangguan Jiwa Di RSUD Ciamis

No	Kategori	Frekuensi	Persentase (%)
1	>2 kali	2	20
2	1 kali	6	60
3	Tidak pernah	2	20
Jumlah		**10**	**100**

Sumber : Data Primer 2017

Berdasarkan Tabel 4.4 menunjukkan bahwa kekambuhan pasien gangguan jiwa, dimana hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 10 responden yang mengalami kekambuhan >2 kali sebanyak 2 responden atau (20%), yang mengalami kekambuhan 1 kali sebanyak 6 responden atau (60%), dan yang tidak pernah mengalami kekambuhan sebanyak 2 responden atau (20%).

3. Analisa *Bivariat*

Gambaran distribusi Persilangan antara pemberian tindakan Discharge planning dengan kekambuhan pasien gangguan jiwa di RSUD Ciamis dapat dilihat pada tabel 4.5 berikut.

Tabel 4.5
Distribusi Persilangan antara Pemberian Tindakan Discharge Planning Dengan Kekambuhan Pasien Gangguan Jiwa

		DISCHARGE_PLANNING	KEKAMBUHAN
DISCHARGE_PLANNING	Pearson Correlation	1	-.791**
	Sig. (2-tailed)		.006
	N	10	10
KEKAMBUHAN	Pearson Correlation	-.791**	1
	Sig. (2-tailed)	.006	
	N	10	10

Sumber : Data Primer, 2017

Hasil analisis data dengan menggunakan uji Pearson Correlation di peroleh nilai probabilitas (sig.) 0,006. Karena nilai probabilitas (sig.) < dari alpha 0,05 maka Ho ditolak, sehingga dapat dikatakan bahwa Ada Hubungan antara tindakan *discharge planning* dengan kekambuhan pada pasien gangguan jiwa di ruang perawatan jiwa RSUD Ciamis.

Hasil analisa data dengan menggunakan koefisien korelasi pearson didapat nilai r = 0,791 angka tersebut menunjukkan bahwa pemberian *discharge planning* memberikan pengaruh yang kuat terhadap kekambuhan pada pasien gangguan jiwa di ruang perawatan jiwa RSUD Ciamis.

B. Pembahasan

1. *Discharge planning*

Berdasarkan Tabel 4.3 menunjukkan bahwa pemberian tindakan *discharge planning* oleh perawat, dimana hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 10 responden yang dilakukan discharge planning sebanyak 8

responden atau (80%), dan yang tidak dilakukan discharge planning sebanyak 2 responden atau (20%).

Perencanaan pulang merupakan proses perencanaan sistematis yang dipersiapkan bagi pasien untuk menilai, menyiapkan, dan melakukan koordinasi dengan fasilitas kesehatan yang ada atau yang telah ditentukan serta bekerjasama dengan pelayanan sosial yang ada di komunitas, sebelum dan sesudah pasien pindah/pulang. Hal ini sesuai pendapat Perry & Potter yang mengatakan *discharge planning* yang tidak baik dapat menjadi salah satu faktor yang memperlama proses penyembuhan di rumah. Kesuksesan tindakan *discharge planning* menjamin pasien mampu melakukan tindakan perawatan lanjutan yang aman dan realistis setelah meninggalkan rumah sakit. Perencanaan pulang bagi klien yang di rawat di Rumah Sakit dimana peran perawat tidak terbatas pada kegiatan rutinitas saja, diantaranya informasi control ulang.Klien yang memerlukan perawatan kesehatan dirumah, konseling kesehatan dan pelayanan komunitas.

Program *discharge planning* (perencanaan pulang) pada dasarnya merupakan program pemberian informasi atau pemberian pendidikan kesehatan kepada pasien yang meliputi nutrisi, aktifitas/latihan, obat-obatan dan instruksi khusus yaitu tanda dan gejala penyakit pasien. Informasi diberikan kepada pasien agar mampu mengenali tanda bahaya untuk dilaporkan kepada tenaga medis. Sebelum pemulangan, pasien dan keluarganya harus mengetahui bagaimana cara manajemen pemberian perawatan di rumah dan apa yang diharapkan didalam memperhatikan

masalah fisik yang berkelanjutan karena kegagalan untuk mengerti pembatasan atau implikasi masalah kesehatan (tidak siap menghadapi pemulangan) dapat menyebabkan meningkatknya komplikasi yang terjadi pada pasien. Program yang dilakukan oleh perawat ini, tidak selalu sama antara satu rumah sakit dengan rumah sakit lainnya. Hal ini bisa terjadi ketika sistem perawatan yang digunakan adalah berbeda, misalnya menggunakan sistem keperawatan utama (primer). Sistem ini mewajibkan seorang perawat bertanggung jawab melakukan koordinasi perawatan untuk kelompok klien tertentu, mulai dari mereka masuk sampai pulang).

2. Kekambuhan gangguan jiwa

Berdasarkan tabel 4.4 menunjukkan bahwa kekambuhan pasien gangguan jiwa, dimana hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 10 responden yang mengalami kekambuhan >2 kali sebanyak 2 responden atau (20%), yang mengalami kekambuhan 1 kali sebanyak 6 responden atau (60%), dan yang tidak pernah mengalami kekambuhan sebanyak 2 responden atau (20%). Kejadian gangguan jiwa yang terjadi ini dapat ditimbulkan akibat adanya suatu pemicu dari fungsi afektif dalam keluarga yang tidak berjalan dengan baik. Apabila fungsi afektif ini tidak dapat berjalan semestinya, maka akan terjadi gangguan psikologis yang berdampak pada kejiwaan dari seluruh unit keluarga tersebut.

Fenomena yang terjadi saat ini, jika ada seorang anggota keluarga yang dinyatakan sakit jiwa, maka anggota keluarga lain dan masyarakat pasti akan menyarankan untuk dibawa ke RS Jiwa atau psikolog dan lebih

parahnya lagi orang sakit jiwa tersebut diasingkan atau dipasung supaya tidak menjadi aib bagi keluarga. Tindakan memasung ini akan berdampak buruk pada pasien, selain itu nantinya akan sulit untuk sembuh dan dapat mengalami kekambuhan yang sangat sering. Hal ini perlu adanya dukungan dari keluarga dalam proses penyembuhan.

3. Hubungan tindakan *discharge planning* dengan kekambuhan pada pasien gangguan jiwa

Berdasarkan tabel 4.5 didapatkan hasil analisis data dengan menggunakan uji Pearson Correlation diperoleh nilai probabilitas (sig.) 0,006. Karena nilai probabilitas (sig.) < dari alpha 0,05 maka Ho ditolak, sehingga dapat dikatakan bahwa ada hubungan antara tindakan *discharge planning* dengan kekambuhan pada pasien gangguan jiwa di ruang perawatan jiwa RSUD Ciamis. Hasil analisa data dengan menggunakan koefisien korelasi pearson didapat nilai r = 0,791 angka tersebut menunjukkan bahwa pemberian discharge planning memberikan pengaruh yang kuat terhadap kekambuhan pada pasien gangguan jiwa di ruang perawatan jiwa RSUD Ciamis.

Hal ini sesuai pendapat Perry & Potter yang mengatakan bahwa sebelum pemulangan pasien dan keluarganya harus mengetahui bagaimana cara memanajemen pemberian perawatan di rumah dan apa yang diharapkan di dalam memperhatikan masalah fisik yang berkelanjutan karena kegagalan untuk mengerti pembatasan atau implikasi masalah

kesehatan (tidak siap menghadapi pemulangan) dapat menyebabkan pasien meningkatkan komplikasi.

Discharge planning dilakukan sejak pasien diterima di suatu pelayanan kesehatan di rumah sakit dimana rentang waktu pasien untuk menginap semakin diperpendek. *Discharge planning* yang efektif seharusnya mencakup pengkajian berkelanjutan untuk mendapatkan informasi yang komprehensif tentang kebutuhan pasien yang berubah-ubah, pernyataan diagnosa keperawatan, perencanaan untuk memastikan kebutuhan pasien sesuai dengan apa yang dilakukan oleh pemberi layanan kesehatan. Informasi diberikan kepada pasien agar mampu mengenali tanda bahaya untuk dilaporkan kepada tenaga medis. Sebelum pemulangan, pasien dan keluarganya harus mengetahui bagaimana cara manajemen pemberian perawatan di rumah dan apa yang diharapkan di dalam memperhatikan masalah fisik yang berkelanjutan karena kegagalan untuk mengerti pembatasan atau implikasi masalah kesehatan (tidak siap menghadapi pemulangan) dapat menyebabkan meningkatknya komplikasi yang terjadi pada pasien.

Discharge planning adalah proses sistematis yang bertujuan menyiapkan pasien meninggalkan rumah sakit untuk melanjutkan program perawatan yang berkelanjutan dirumah atau diunit perawatan komunitas. Secara lebih terperinci The Royal Marsden Hospital menyatakan bahwa tujuan dilakukannya discharge planning adalah:

a. Untuk mempersiapkan pasien dan keluarga secara fisik dan psikologis untuk di transfer ke rumah atau ke suatu lingkungan yang dapat disetujui
b. Menyediakan informasi tertulis dan verbal kepada pasien dan pelayanan kesehatan untuk mempertemukan kebutuhan mereka dalam proses pemulangan.
c. Memfasilitasi proses perpindahan yang nyaman dengan memastikan semua fasilitas pelayanan kesehatan yang diperlukan telah dipersiapkan untuk menerima pasien.
d. Mempromosikan tahap kemandirian yang tertinggi kepada pasien dan keluarga dengan menyediakan serta memandirikan aktivitas perawatan diri.

BAB V

PENUTUP

A. Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah dilakukan terhadap 10 responden tentang Hubungan antara tindakan *discharge planning* dengan kekambuhan pada pasien gangguan jiwa di ruang perawatan jiwa RSUD Ciamis. Maka dapat disimpulkan bahwa :

1. Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 10 responden yang dilakukan discharge planning sebanyak 8 responden atau (80%), dan yang tidak dilakukan *discharge planning* sebanyak 2 responden atau (20%).
2. Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa yang mengalami kekambuhan >2 kali sebanyak 2 responden atau (20%), yang mengalami kekambuhan 1 kali sebanyak 6 responden atau (60%), dan yang tidak pernah mengalami kekambuhan sebanyak 2 responden atau (20%)
3. Hasil analisis data dengan menggunakan uji *Pearson Correlation* di peroleh nilai probabilitas (sig.) 0,006. Karena nilai probabilitas (sig.) < dari alpha 0,05 maka Ho ditolak, sehingga dapat dikatakan bahwa Ada Hubungan antara tindakan *discharge planning* dengan kekambuhan pada pasien gangguan jiwa di ruang perawatan jiwa RSUD Ciamis.

B. Saran

Berdasarkan hasil penelitian dan analisa data mengenai hubungan antara tindakan *discharge planning* dengan kekambuhan pada pasien gangguan jiwa di Ruang Perawatan Jiwa RSUD Ciamis penulis menyarankan:

1. Untuk Institusi Pendidikan

   Memberikan sumber informasi yang lengkap seperti buku-buku, majalah, ataupun leafleat tentang tindakan *discharge planning* dan kekambuhan pada pasien gangguan jiwa, serta memberikan pendidikan tentang pentingnya pemberian discharge planning pada pasien.

2. Untuk Tenaga Kesehatan

   Memberikan pendidikan kesehatan tentang tindakan *discharge planning* jiwa dengan menggunakan komunikasi yang dapat dimengerti dan dapat dipahami oleh masyarakat khususnya pasien yang mempunyai pengetahuan yang kurang tentang penyakitnya.

3. Untuk peneliti lain

   a. Peneliti lain dapat melanjutkan penelitian ini untuk mengetahui perkembangannya tentang tindakan *discharge planning* dan kekambuhan pada pasien gangguan jiwa.

   b. Peneliti lain juga dapat lebih menggali lagi tentang tindakan *discharge planning* dan kekambuhan pada pasien gangguan jiwa yang dapat di jadikan penelitian selanjutnya.

   c. Peneliti lain dapat memberikan pendidikan kesehatan yang lebih baik dengan menggunakan bahasa yang jelas dan dapat dimengerti.

CURRICULUM VITAE

IDENTITAS DIRI

Nama	Tita Rohita, S.Kep,Ns.,M.M.,M.Kep
Jenis Kelamin	Perempuan
Tempat Tanggal Lahir	Ciamis 26 Maret 1983
Status Perkawinan	Menikah
Agama	Islam
Alamat Rumah	Ciamis
Email	rohitatita@gmail.com

RIWAYAT PENDIDIKAN PERGURUAN TINGGI

TAHUN LULUS	PROGRAM PENDIDIKAN	PERGURUAN TINGGI	JURUSAN/PROGRAM STUDI
2006	S1	UNPAD	Keperawatan
2007	Ners	UNPAD	Keperawatan
2011	S2	Indonesia School Of Managemen Jakarta	Manajemen Kesehatan
2017	S2	UI	Keperawatan

PELATIHAN PROFESSIONAL

TAHUN	JENIS PELATIHAN(DALAM/LUAR NEGERI)	PENYELENGGARA	JANGKA WAKTU
2016	Pelatihan BTCLS	PPNI	7 hari
2018	Workshop Internasional dan Penulisan Jurnal	UNIGAL	3 hari
2019	Workshop Kurikulum		
2017	Pelatihan preceptor mentor	AIPNI	3 hari

KEGIATAN ILMIAH

NO	KEGIATAN	TAHUN	PERANAN	KATEGORI
1	Seminar dan Workshop nasional Simpro	2016	Peserta	Nasional
2	Workshop Item Review	2016	Peserta	Nasional

3	Workshop Pengelolaan Jurnal Elektronik	2017	Peserta	Nasional
4	Seminar on 6th The bienneal International Nursing Confrence	2017	Peserta	Internasional
5	Seminar Kesehatan	2018	Peserta	Lokal
6	Workshop Item Review	2018	Peserta	Lokal
7	RTA AIPNI	2018	Peserta	Nasional
8	Roadshow DPW PPNI Privinsi Jawa Barat	2017	Peserta	Nasional
9	Seminar Keperawatan ; Disaster Preparedness	2017	Peserta	Nasional
10	Workshop Kurikulum	2015	Peserta	Lokal
11	Workshop Item Review	2016	Peserta	Lokal
12	RTA AIPNI	2017	Peserta	Nasional

PENGALAMAN KERJA

NO	INSTANSI	JABATAN	TAHUN
1	Universitas Galuh Ciamis	Dosen Tetap Yayasan	2009-sekarang

Yang menyatakan

Tita Rohita, S.Kep,Ns.,M.M.,M.Kep

UNIVERSITAS GALUH
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
TERAKREDITASI OLEH : LAM-PTKes
Jl. R.E. Martadinata No. 150 Tlp. (0265) 774435 Ciamis 46274
Website : fikes.unigal.ac.id, email : fikesunigalciamis@gmail.com

SURAT TUGAS

Nomor: 027/401/ST/AK/D/IX/2017

Yang bertanda tangan dibawah ini atas nama Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan

Nama	:	Dini Nurbaeti Zen,S.Kep,Ners.,M.Kep
NIK	:	11.3112770339
Jabatan	:	Ka.Prodi Ners

Menugaskan kepada

Nama	:	Tita Rohita,S.Kep,Ners.,MM.,M.Kep
NIK	:	11.3112770275
Jabatan	:	Wakil Dekan 1

Untuk melaksanakan penelitian dengan judul "Hubungan Antara Tindakan *Discharge Planning* Dengan Kekambuhan Pada Pasien Gangguan Jiwa di Ruang Perawatan Jiwa RSUD Ciamis"

Demikian surat tugas ini dikeluarkan untuk dilaksanakan sebagaimana mestinya

Ciamis, 10 September 2017
Ka.Prodi Ners

FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS GALUH

Dini Nurbaeti Zen,S.Kep,Ners.,M.Kep
NIK : 11.3112770339

PEMERINTAH KABUPATEN CIAMIS
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
JL. RUMAH SAKIT NO. 76 TELP. (0265) 771018, FAX. (0265) 772118 CIAMIS
Kode Pos 46200

SURAT KETERANGAN
No.0581RSUD/XII2017

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : H. Aceng Solahudin Ahmad, dr., M.Kes.
NIP : 19680612 200112 1 005
Jabatan : Direktur RSUD Ciamis

menerangkan bahwa nama dibawah ini :

Nama : Tita Rohita,S.Kep,Ners.,MM
Jabatan : Dosen Keperawatan
Institusi : Fakultas Ilmu Kesehatan UNIGAL

Benar telah melaksanakan kegiatan penelitian di RSUD Ciamis .

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Direktur RSUD Ciamis,

PEMERINTAH KABUPATEN RSUD

H. Aceng Solahudin Ahmad, dr., M.Kes.
NIP. 19680612 200112 1 005