

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Perubahan sosial yang berlangsung cepat dalam skala besar dan perubahan budaya di era global mengakibatkan semakin majunya suatu masyarakat sehingga semakin meningkatnya taraf hidup masyarakat dengan segala tuntutan yang menyertainya. Banyaknya tuntutan yang tidak terpenuhi mengakibatkan jumlah gangguan jiwa semakin meningkat. Manifestasi terganggunya jiwa masyarakat, tampak pada makin banyaknya masyarakat yang frustrasi, stress, konflik, ansietas, depresi, masalah psikososial gangguan mental dan emosional yang beraneka ragam.

Tahun 2005, jumlah penderita gangguan jiwa yang ada di Daerah Istimewa Yogyakarta meningkat dari tahun sebelumnya. Di Rumah Sakit Grhasia Propinsi DIY, jumlah penderita gangguan jiwa tahun 2003 pada pasien rawat inap mencapai 687, dan meningkat pada tahun 2004 mencapai 1.314 orang. Menurut Direktur RS Grhasia Propinsi DIY, kenaikan penderita gangguan jiwa yang datang ke RS mencapai 100 persen setelah kenaikan harga BBM bulan Oktober 2005, mereka sebagian besar dari kalangan masyarakat menengah ke bawah yang mengalami tekanan ekonomi serta tidak mampu mengelola stresnya ( Tempointeraktif, 2005 ). Di perkiraan pasien gangguan jiwa akan terus bertambah seiring dengan beban ekonomi yang semakin tinggi. Hal ini tentu saja menjadi masalah yang serius bagi negara

karena dapat menghambat pembangunan. Negara akan kehilangan generasi sehat dan produktif yang akan meneruskan perjuangan dan cita – cita bangsa kedepan. Oleh karena itu diperlukan pelayanan keperawatan yang professional ( Setyonegoro, 1980 dalam Hawari, 2001 )

Bentuk pelayanan keperawatan professional salah satunya adalah pelaksanaan *discharge planning* sebagai tindakan mempersiapkan pasien dan keluarga kembali kerumah ( Gilles, 1994 ). Kozier ( 1995 ) menjelaskan bahwa *discharge planning* merupakan suatu proses antisipasi dan perencanaan yang di butuhkan pasien dan keluarga setelah kembali kerumah. *Discharge planning* merupakan bagian penting dalam perawatan kesehatan secara komprehensif dan harus dilakukan pada setiap perencanaan perawatan pasien. Kegiatan penyusunan rencana pemulangan pasien tidak hanya dilakukan oleh perawat sendiri, akan tetapi melibatkan tim multisiplin dan kerja sama antara dokter, psikiater, pekerja social, terapi okupasi, psikolog, keluarga, klien, dan masyarakat ( Keliat, 1996 ). Dengan demikian tujuan dari *discharge planning* dapat tercapai sehingga peningkatan jumlah pasien gangguan jiwa dapat terkendali.

Gangguan jiwa merupakan gejala atau pola dari tingkah laku psikologi yang tampak secara klinis yang terjadi pada seseorang dari berhubungan dengan keadaan distres ( gejala yang menyakitkan ) atau ketidakmampuan ( gangguan pada satu area atau lebih dari fungsi-fungsi penting ) yang meningkatkan risiko terhadap kematian, nyeri, ketidakmampuan atau kehilangan kebebasan yang penting dan tidak jarang respon tersebut dapat

diterima pada kondisi tertentu ( APA, 1994 dalam Daruwati, 2003 ). Suliswati, dkk ( 2005 ) mengemukakan bahwa gangguan jiwa terjadi karena adanya perubahan dalam pikiran atau daya ingat yang pada akhirnya menyebabkan tekanan batin, penderitaan pada individu, dan orang lain dilingkungannya. Perubahan yang terjadi pada klien gangguan jiwa menyebabkan gangguan dalam kegiatan sehari – hari, menurunkan produktifitas kerja, serta hubungan dengan orang lain.

Hasil survey *The Indonesian Psychiatric Epidemiologic Network* pada tahun 2004, bahwa 11 kota di Indonesia ditemukan 18,5 persen dari penduduk dewasa menderita gangguan jiwa. Sedangkan menurut data WHO pada tahun 2001, diseluruh dunia di temukan ada 450 juta orang menderita penyakit gangguan jiwa. Sullinger ( 1988 ) dalam Keliat ( 1996 ) mengemukakan pasien gangguan jiwa dengan diagnosa *skizofrenia* diperkirakan akan kambuh 50 % pada tahun pertama, 70 % pada tahun kedua, dan 100 % pada tahun kelima setelah pulang dari rumah sakit ( Carson dan Ross, 1987 dalam Keliat, 1996 ).

Tingginya angka kekambuhan pasien gangguan jiwa menurut Sullinger ( 1988 ) dalam Keliat ( 1996 ) mengidentifikasi 4 faktor penyebab kekambuhan, yaitu : Pertama, pasien yang gagal minum obat dengan teratur mempunyai kecenderungan untuk kambuh. Kedua, dokter yang bertugas sebagai pemberi obat kurang waspada dalam memberikan dosis, seperti pemberian obat neuroleptik yang lama dapat menimbulkan efek samping *tardive dyskinesia* yang dapat mengganggu hubungan sosial seperti gerakan

yang tidak terkontrol. Akibatnya pasien dirawat kembali ke rumah sakit. Ketiga, penanggung jawab pasien atau perawat Puskesmas yang kurang bertanggung jawab terhadap program adaptasi saat pasien di rumah, sehingga tidak dapat mengidentifikasi masalah yang dihadapi pasien. Akibatnya pasien dirawat kembali ke rumah sakit. Keempat, hasil penelitian diperoleh bahwa keluarga dengan ekspresi emosi yang tinggi, seperti: bermusuhan, mengkritik, dan banyak melibatkan diri dengan pasien, di perkirakan akan menyebabkan pasien kambuh dalam waktu 9 bulan dan 57 % dengan ekspresi emosi tinggi, 17 % dengan ekspresi emosi yang rendah ( Vaugh dan Snyder dalam Keliat, 1996 ).

Pandangan masyarakat yang keliru, sebagian besar masih menganggap bahwa pasien gangguan jiwa disebabkan oleh roh jahat sehingga penderita harus diasingkan dan dikucilkan ( Sinar Harapan, 2003 ). Hal ini tentu saja menjadi aib atau beban bagi keluarga, sehingga tidak sedikit keluarga yang jarang berkunjung ke RS serta menolak kehadiran pasien saat kembali kerumah, yang pada akhirnya memperburuk kondisi pasien sehingga mempersulit proses penyembuhan.

Faktor lain yang menyebabkan kekambuhan adalah belum maksimalnya perawat dalam mempersiapkan pasien dan keluarga pada saat pulang kerumah atau *discharge planning*. Sesuai dengan hasil penelitian Schuman, Ostfled, dan Willard ( 1994 ) yang melakukan penelitian tentang *discharge planning* di rumah sakit selama 32 tahun, mereka melaporkan bahwa pelaksanaan *discharge planning* kurang baik dan sangat dibutuhkan

kemampuan kepala ruangan mengawasi staf perawat dalam melaksanakan *discharge planning* ( Swanburg, 1996 ). Kurangnya perawat dalam mempersiapkan *discharge planning*, menyebabkan keluarga kurang mendapatkan informasi sehingga keluarga tidak mampu mengatasi masalah pada saat klien berada dirumah, akibatnya klien kambuh kembali dan dirawat ke RS ( Hawari, 2001 ).

Kekambuhan yang sering terjadi pada pasien gangguan jiwa, menyebabkan beban atau masalah bagi keluarga, baik itu beban psikologis maupun ekonomi. Perawatan pada pasien gangguan jiwa memerlukan waktu yang lama, sehingga diperlukan kesabaran dan mental yang kuat dari keluarga ( Keliat, 1998 dalam Nurjannah, 2004 ). Hospitalisasi yang lama menyebabkan ketidakmampuan dalam diri pasien sehingga keluarga harus mengeluarkan biaya yang besar untuk perawatan pasien gangguan jiwa.

Stuart dan Sundeen ( 1998 ) mengemukakan bahwa ketidakmampuan yang timbul dari pasien gangguan jiwa seperti: ketidakmampuan biologis, gangguan kognitif, gangguan psikodinamik, gangguan sosial budaya, gangguan pembelajaran dan gangguan berinteraksi dengan lingkungan, menyebabkan pasien gangguan jiwa tidak dapat memenuhi kebutuhan dasar, seperti perawatan mandiri dan aktifitas hidup seharian ( ADL ). Keadaan yang demikian mengakibatkan pasien gangguan jiwa tidak dapat berperan sesuai dengan harapan lingkungan tempat tinggalnya sehingga dibutuhkan peran keluarga dalam mengatasi permasalahan dan perawatan pasien gangguan jiwa saat berada dirumah. Kualitas dan efektifitas peran keluarga yang baik akan

membantu proses pemulihan kesehatan pasien, untuk itu pentingnya keluarga di bekali dengan pengetahuan tentang cara merawat pasien saat berada di rumah, yaitu melalui *discharge planning*.

Pentingnya *discharge planning* menurut Jipp dan Sims ( 1986 ) dalam Keliat ( 1996 ) yaitu menyiapkan pasien dan keluarga secara fisik, psikologis dan sosial untuk memasuki perawatan lanjutan di rumah, meningkatkan kemandirian klien dan keluarga, melaksanakan rentang perawatan antara rumah sakit dan masyarakat, menyelenggarakan proses pulang yang bertahap, yaitu lamanya pulang atau cuti ditentukan secara bertahap. Keliat ( 1996 ) menjelaskan bahwa tindakan discharge planning yang dilakukan perawat, meliputi : pertama adalah pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan bertujuan untuk mencegah dampak gangguan jiwa bagi klien. Youssef ( 1987 ) dalam Keliat ( 1996 ) menemukan penurunan angka kambuh pada penderita gangguan jiwa dan keluarga yang mengikuti program pendidikan. Kedua adalah program pulang bertahap. Program ini bertujuan melatih pasien beradaptasi dengan lingkungan keluarga dan masyarakat. Ketiga adalah program rujukan. Program ini bertujuan mengetahui perkembangan pasien di RS serta membantu membuat rencana pulang melalui Puskesmas, yang merupakan unit integrasi kesehatan jiwa di masyarakat. Pelaksanaan *discharge planning* yang baik dan sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan, maka akan membantu proses penyembuhan secara optimal dan mengurangi angka

Hasil *survey* pendahuluan di Rumah Sakit Grhasia Propinsi DIY pada tanggal 26 November 2005 menyebutkan bahwa angka kekambuhan pasien gangguan jiwa pada tahun 2005 mencapai 60 %, sedangkan rata – rata frekwensi kekambuhan pasien gangguan jiwa dalam satu tahun 2 – 10 kali dengan jarak kekambuhan rata – rata 4 bulan. Hasil wawancara dengan perawat Rumah Sakit Grhasia Propinsi DIY, kekambuhan pasien gangguan jiwa disebabkan karena kunjungan keluarga rendah sehingga menghambat perawat dalam mempersiapkan *discharge planning*.

Pelaksanaan *discharge planning* di Rumah Sakit Grhasia Propinsi DIY, hanya meliputi beberapa hal, yaitu: pada saat awal pasien masuk rumah sakit, perawat hanya mengkaji masalah kesehatan saja. Sedangkan pemberian keterampilan, aktivitas dan minum obat diberikan selama pasien di rawat di rumah sakit. Diit, cara minum obat, pemberian keterampilan atau aktivitas yang boleh dilakukan, serta jadwal kontrol pada pasien, di berikan pada saat pasien akan pulang kerumah. Perawat juga menginformasikan program yang di berikan dalam pelaksanaan *discharge planning*, meliputi: pendidikan kesehatan, *homevisit*, dan Terapi Aktivitas Kelompok.

Menurut keluarga dalam *survey* pendahuluan menjelaskan bahwa informasi yang diberikan perawat saat awal pasien masuk rumah sakit berupa urusan administrasi. Sedangkan jadwal kontrol dan minum obat diberikan saat pasien akan pulang ke rumah. Menurut pasien selama dirawat di rumah sakit menjelaskan bahwa aktivitas yang diberikan perawat, seperti: bengkel dan menyusui. Tindakan yang dilakukan perawat tidak didokumentasikan

seungguhnya, hanya berupa pengkajian fisik, psikososial dan masalah kesehatan klien, serta tidak di dapatkan catatan pelaksanaan *discharge planning*.

Berdasarkan angka kekambuhan dan keadaan defisit klien gangguan jiwa serta keluarga sehingga dibutuhkan peran perawat dalam mempersiapkan *discharge planning* bagi pasien dan keluarga saat kembali ke rumah. Oleh karena itu, peneliti bermaksud melakukan penelitian tentang pelaksanaan *discharge planning* pada pasien gangguan jiwa di Rumah Sakit Grhasia Propinsi DIY.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan masalah di atas, peneliti merumuskan masalah yaitu :  
“Bagaimana gambaran pelaksanaan *discharge planning* pada pasien gangguan jiwa di Rumah Sakit Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta?”.

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Untuk mengetahui gambaran tentang pelaksanaan *discharge planning* pada pasien gangguan jiwa di Rumah Sakit Grhasia Propinsi DIY.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mengetahui pendidikan kesehatan yang di berikan perawat kepada pasien gangguan jiwa dan keluarganya



- b. Mengetahui informasi fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat yang di berikan perawat kepada pasien gangguan jiwa dan keluarganya.
- c. Mengetahui informasi tentang perubahan lingkungan rumah yang di berikan perawat kepada pasien gangguan jiwa dan keluarganya.

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### **1. Untuk Profesi Keperawatan**

Sebagai bahan masukan bagi profesi perawat dalam pelaksanaan *discharge planning* pada pasien gangguan jiwa dan keluarganya.

##### **2. Untuk RS Grhasia Propinsi DIY**

Memberikan informasi untuk meningkatkan pelaksanaan *discharge planning* pada pasien gangguan jiwa serta memberikan motivasi bagi perawat rumah sakit untuk meningkatkan skill dan kinerja dalam memberikan *discharge planning* pada pasien dan keluarganya.

##### **3. Untuk Peneliti Lainnya**

Sebagai bahan atau dasar penelitian selanjutnya terutama mengenai tahapan pelaksanaan *discharge planning* yang di lakukan perawat pada pasien gangguan jiwa dan keluarganya.

#### **E. Ruang Lingkup**

##### **1. Variabel Penelitian**

Variabel dalam penelitian ini adalah gambaran pelaksanaan

## 2. Responden Penelitian

Responden dalam penelitian ini adalah perawat yang bertugas di Bangsal L2, L2A, P2, P2A Rumah Sakit Grhasia Propinsi DIY, pasien gangguan jiwa, dan keluarganya.

## 3. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Maret - April 2006.

## 4. Tempat Penelitian

Penelitian dilaksanakan di Bangsal L2, L2A, P2, P2A Rumah Sakit Grhasia Propinsi DIY.

## F. Keaslian Penelitian

Menurut pengetahuan peneliti, penelitian tentang gambaran pelaksanaan *discharge planning* pada pasien gangguan jiwa belum pernah dilakukan, tetapi pernah dilakukan penelitian dengan judul “ gambaran pelaksanaan *discharge planning* pasien stroke di ruang Flamboyan RSUD Swadana Jombang “ Birroudoh ( 2003 ). Hasil penelitian ini menyatakan bahwa perawat telah melaksanakan *discharge planning* pada pasien dan keluarga, tetapi belum secara komprehensif.

Penelitian yang dilakukan oleh Birroudoh ( 2003 ) termasuk jenis penelitian *kuantitatif*, dengan menggunakan desain penelitian *deskriptif*. Teknik pengumpulan data menggunakan *kuesioner*, sedangkan cara pengambilan sample dilakukan secara *purposive sampling* dengan subyek penelitian pasien stroke, keluarga, dan perawat. Penelitian ini dilakukan di

ruang Flamboyan RSUD Swadana Jombang. Jadi perbedaan dengan penelitian yang akan diteliti terletak subyek yang akan diteliti, yaitu pasien gangguan jiwa, keluarga, dan perawat yang sedang bertugas di Bangsal L2, L2A, P2, P2A Rumah Sakit Grhasia Propinsi DIY.