BAB V
HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

1. Tata letak RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan

   Rumah Sakit Khusus Daerah Dadi Provinsi Sulawesi Selatan terletak di Jalan Lanto Dg Pasewang No 34 Kelurahan Maccini, Kecamatan Mamajang Kota Makassar , terdiri dari 60 Unit Bangunan yang dipergunakan untuk Ruangan Unit Perawatan dan lainnya dipergunakan untuk Unit Rawat Jalan, Pelayanan Darurat Medik, Penunjang Medik dan penunjang-penunjang lainnya serta Pelayanan Administrasi berdiri diatas areal seluas 53.295 M^2.

2. Data skizofrenia

   Berdasarkan analisis data awal dari Rekam Medik Rumah Sakit Khusus Daerah Dadi Provinsi Sulawesi Selatan pada tahun 2024, tercatat bahwa gangguan jiwa dengan penyakit skizofrenia telah menjadi masalah utama dalam tiga tahun terakhir. Pada tahun 2022 mencapai 4.212 orang, namun meningkat pada tahun 2023 menjadi 5.982 orang, kemudian pada tahun 2024 mengalami peningkatan kembali 6.818 orang.

3. Visi dan Misi RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan

   a. Visi

      Rumah Sakit Khusus Daerah Dadi Provinsi Sulawesi Selatan memiliki visi yaitu sebagai pusat rujukan pelayanan kesehatan jiwa, Napza dan Stroke yang berorientasi melayani, Inovatif,

Kompetitif, Inklusif dan berkarakter dalam mendukung akselerasi kesejahteraan di sulawesi selatan tahun 2023.

b. Misi

Rumah Sakit Khusus Daerah Dadi Provinsi Sulawesi Selatan memiliki Misi sebagai berikut:

1) Manajemen yang berbasisi kinerja dan berorientasi melayani, inovatif dan berkarakter.
2) Pengembangan sarana dan prasarana yang berkualitas serta berdaya guna.
3) Pengembangan SDM kesehatan yang kompetitif dan inklusif.
4) Menciptakan tata kelola RS yang baik dan transparan.
5) Integrasi pendidikan kesehatan dalam pelayanan RS.

4. Motto RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan

Motto Rumah Sakit Khusus Daerah Dadi Provinsi Sulawesi Selatan yaitu: “CARE : Cakap, Akrab, Responsif dan Edukatif”.

B. Hasil Penelitian

Pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan di Ruang Perawatan Palm, Nyiur, dan Sawit di Rumah Sakit Khusus Daerah Dadi Provinsi Sulawesi Selatan, mulai dari tanggal 14 Februari hingga 14 Maret 2025.

1. Karakteristik Responden

Tabel 5.1
Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan

Karakteristik Responden	Jumlah	
	n	%
Usia		
Remaja akhir (15-25 tahun)	3	8,8
Dewasa awal (26-35 tahun)	7	20,6
Dewasa akhir (36-45 tahun)	9	26,5
Lansia awal (46-55 tahun)	8	23,5
Lansia akhir (56-65 tahun)	7	20,6
Jenis Kelamin		
Laki-laki	19	55,9
Perempuan	15	44,1
Pendidikan		
Tidak Sekolah	2	5,9
SD	4	11,8
SMP	5	14,7
SMA	13	38,2
Akademik/ Perguruan Tinggi	10	29,4
Pekerjaan		
Tidak berkerja	15	44,1
Buruh / Tani	2	5,9
Swasta	4	11,8
Wiraswasta	9	26,5
PNS/ ABRI	4	11,8
Hubungan dengan pasien		
Anak	7	20,6
Suami/ Istri	3	8,8
Saudara	11	32,4
Wali	13	38,2
Total	**34**	**100,0**

Sumber : *Data Primer*, 2025

Tabel 5.1 menunjukkan hasil penelitian dari 34 pasien, jumlah pasien berdasarkan kelompok usia mayoritas responden yaitu Dewasa akhir (36-45 tahun) sebanyak 9 orang (26,5%). Berdasarkan jenis kelamin didapatkan mayoritas responden yaitu laki-laki sebanyak 19 orang (55,9%). Berdasarkan tingkat pendidikan mayoritas responden yaitu SMA sebanyak 13 orang

(38,2%). Berdasarkan pekerjaan mayoritas responden yaitu tidak bekerja sebanyak 15 orang (44,1%). Berdasarkan hubungan dengan pasien yang tertinggi adalah wali sebanyak 13 responden (38,2%).

2. Analisis Univariat

a. Pelaksanaan *Discharge Planning*

Tabel 5.2
Distribusi Frekuensi Pelaksanaan *Discharge Planning* di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan

Discharge Planning	**Jumlah**	
	n	**%**
Sangat baik	13	38,2
Baik	15	44,1
Cukup	6	17,6
Total	**34**	**100,0**

Sumber : *Data Primer*, 2025

Pada tabel 5.2 didapatkan hasil pengisian kuesioner pelaksanaan *discharge planning* di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan oleh penanggung jawab/ keluarga pasien skizofrenia penerima *discharge planning* menunjukkan bahwa 44,1% dalam kategori baik, 38,2% dalam kategori sangat baik dan 17,6 dalam kategori cukup.

b. Interval *Readmission*

Tabel 5.3
Distribusi Frekuensi *Readmssion* di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan

Readmission	**Jumlah**	
	n	**%**
Kategori II	6	17,6
Kategori III	7	20,6
Kategori IV	21	61,8
Total	**34**	**100,0**

Sumber : *Data Primer*, 2025

Tabel 5.3 dapat menunjukkan interval *readmission* pasien skizofrenia di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan terbanyak sebesar 61,8% pada kategori IV yakni lebih dari 30 hari. Pada interval *readmission* kurang dari 30 hari, sebanyak 20,6% pada kategori III yakni kurun waktu 16-30 hari, kategori II sebesar 17,6% kurun waktu 11-15 hari.

3. Analisis Bivariat

Analisis bivariat ini menggunakan Uji *Chi Square* untuk mengetahui adanya pengaruh *discharge planning* terhadap tingkat readmission pada pasien *skizofrenia* di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan.

Tabel 5.4
Pengaruh Discharge Planning Terhadap Tingkat Readmission Pada pasien Skizofrenia di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan

Discharge Planning	***Readmission***						**Total**		***P* Value**
	Kategori II		**Kategori III**		**Kategori IV**				
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Sangat baik	1	7.7	1	7.7	11	84.6	13	100	0.004
Baik	1	6.7	5	33.3	9	60.0	15	100	
Cukup	4	66.7	1	16.7	1	16.7	6	100	
Total	**6**	**17.6**	**7**	**20.6**	**21**	**61.8**	**34**	**100**	

Sumber *: Data Primer* 2025

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa pengaruh *discharge planning* terhadap tingkat *readmission* pada pasien skizofrenia di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan, di dapatkan hasil penelitian analisis statistic dengan hasil uji *Chi-Square* menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan antara *discharge planning* dengan *readmission* dengan *p*-value sebesar 0.004 (<0.05) maka

Ho ditolak dan Ha diterima, hal tersebut dapat diartikan penelitian ini membuktikan bahwa ada pengaruh *discharge planning* dengan tingkat *readmission* pada pasien skizofrenia di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan.

C. Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian dan pengolahan data yang dilakukan untuk mengidentifikasi pengaruh *discharge planning* terhadap tingkat *readmission* pada pasien skizofrenia, pembahasan mengenai hasil penelitian ini dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Karakteristik Keluarga Pasien di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan

a. Usia

Dalam penelitian mengenai ini, ditemukan bahwa mayoritas keluarga pasien berada pada kelompok usia dewasa akhir (36-45 tahun), yaitu sebanyak 26,5%. Jumlah ini lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok usia lainnya seperti remaja akhir (8,8%), dewasa awal (20,6%), lansia awal (23,5%), dan lansia akhir (20,6%). Fenomena ini dapat dijelaskan melalui dinamika peran keluarga, kondisi sosial, serta kesiapan fungsional individu pada usia tersebut dalam konteks perawatan pasien dengan gangguan jiwa kronis seperti skizofrenia. Rentang usia ini termasuk dalam kategori usia produktif awal hingga madya, di mana individu umumnya memiliki tanggung jawab besar dalam keluarga, termasuk

dalam hal pengambilan keputusan, pemenuhan kebutuhan ekonomi, dan perawatan anggota keluarga yang sakit.

Hal ini tidak sejalan dengan penelitian Yudha, et al (2016) yang mayoritas anggota keluarga yang merawat pasien skizofrenia berada pada rentang usia 44-55 tahun, yaitu usia produktif, yang sering kali menjadi penanggung jawab utama dalam keluarga. Perbedaan ini bisa dipengaruhi oleh perbedaan lokasi penelitian, karakteristik responden, serta pola struktur keluarga di wilayah tempat penelitian dilakukan.[39]

Namun demikian, temuan dalam penelitian ini sejalan dengan teori perkembangan psikososial yang dikemukakan oleh Erik Erikson, yaitu pada tahap generativitas vs stagnasi, yang terjadi pada usia dewasa madya (sekitar 30-60 tahun). Pada tahap ini, individu cenderung memiliki dorongan kuat untuk merawat, membimbing, dan memberi kontribusi terhadap generasi berikutnya, termasuk dalam hal merawat anggota keluarga yang sakit.[40] Dalam konteks ini, usia 36-45 tahun merupakan usia yang tepat untuk memikul tanggung jawab sebagai *caregiver* karena individu pada usia ini umumnya berada dalam kondisi fisik, mental, dan ekonomi yang relatif stabil.

Selain itu, data dari *World Health Organization* (WHO) juga menunjukkan pentingnya dukungan keluarga dalam

proses rehabilitasi pasien dengan gangguan jiwa, di mana pengasuhan optimal biasanya dilakukan oleh individu yang berada dalam usia produktif dan matang secara psikososial.

Menurut asumsi peneliti, usia 36-45 tahun menjadi kelompok terbanyak yang merawat pasien skizofrenia karena pada usia ini individu umumnya telah stabil secara ekonomi, psikologis, dan sosial, serta memiliki tanggung jawab tinggi terhadap keluarga sehingga lebih mampu menghadapi tekanan dalam merawat anggota keluarga yang sakit jiwa.

b. Jenis Kelamin

Berdasarkan hasil penelitian, kelompok jenis kelamin mayoritas keluarga pasien skizofrenia adalah laki-laki dengan persentase 55,9%. Jadi penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Bagus, et al (2023) ang menunjukkan bahwa mayoritas *caregiver* keluarga pasien skizofrenia adalah Perempuan 63 responden dengan persentase 54,8%.[41] Perbedaan ini dapat disebabkan oleh perbedaan lokasi dan budaya masyarakat tempat penelitian dilakukan. Dalam beberapa budaya, peran merawat anggota keluarga lebih banyak dijalankan oleh perempuan (misalnya ibu, istri, atau anak perempuan), sedangkan di daerah lain, laki-laki bisa saja mengambil alih peran tersebut karena

berbagai pertimbangan, seperti status sosial, struktur keluarga, atau kondisi ekonomi.

Dalam teori *gender roles* yang dikemukakan oleh Wood & Eagly (2002), perempuan secara tradisional lebih diidentikkan dengan peran domestik dan pengasuhan, sedangkan laki-laki diasosiasikan dengan peran sebagai pencari nafkah atau penanggung jawab utama keluarga. Namun, dalam konteks masyarakat modern, pembagian peran ini mulai mengalami pergeseran, di mana laki-laki juga mulai banyak terlibat dalam peran *caregiving*, terutama jika mereka merupakan kepala keluarga atau memiliki kendali dalam pengambilan keputusan.[42]

Menurut asumsi peneliti bahwa dominasi laki-laki sebagai *caregiver* dalam penelitian ini disebabkan oleh struktur keluarga yang menempatkan laki-laki sebagai kepala keluarga, sehingga memiliki tanggung jawab lebih besar dalam pengambilan keputusan dan perawatan anggota keluarga yang sakit. Selain itu, faktor sosial dan ekonomi dapat memengaruhi keterlibatan laki-laki, terutama jika mereka dianggap lebih mampu dalam mengakses layanan kesehatan atau menyampaikan informasi medis kepada pihak profesional.

c. Pendidikan

Berdasarkan tingkat pendidikan menunjukkan bahwa mayoritas kelurga pasien skizofrenia adalah SMA sebanyak 38,2% dan terendah adalah keluarga pasien skizofrenia dengan akademik/perguruan tinggi sebanyak 29,4%. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar keluarga pasien berada pada jenjang pendidikan menengah. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Suryani, et al (2014) yang mana mayoritas Pendidikan keluarga pasien skizofrenia sebanyak 26,25%. Temuan ini memperkuat bahwa keluarga dengan latar belakang pendidikan menengah merupakan kelompok terbanyak yang terlibat dalam perawatan anggota keluarga dengan gangguan jiwa.[42]

Menurut *health education and behavior theory* dari Notoatmodjo (2010), tingkat pendidikan berpengaruh terhadap kemampuan individu dalam menerima informasi, memahami kondisi kesehatan, serta mengambil keputusan dalam proses perawatan. Pendidikan menengah memungkinkan seseorang memiliki pemahaman dasar tentang pentingnya pengobatan dan peran keluarga, meskipun mungkin masih terbatas dalam akses terhadap informasi ilmiah atau layanan kesehatan lanjutan.[44]

Menurut asumsi peneliti bahwa dominasi responden dengan pendidikan SMA disebabkan oleh fakta bahwa pendidikan menengah merupakan tingkat pendidikan yang paling umum di masyarakat, terutama di daerah tempat penelitian dilakukan. Selain itu, keluarga dengan pendidikan SMA masih mampu memahami instruksi medis dan memiliki keterlibatan emosional tinggi dalam merawat anggota keluarga yang sakit, meskipun mungkin belum optimal dalam pemanfaatan sumber daya kesehatan secara maksimal seperti keluarga dengan pendidikan tinggi.

d. Pekerjaan

Berdasarkan pekerjaan menunjukkan bahwa mayoritas keluarga pasien skizofrenia tidak bekerjan sebanyak 44,1%. Temuan ini menunjukkan bahwa sebagian besar *caregiver* pasien skizofrenia tidak memiliki pekerjaan tetap atau berada dalam kondisi tidak bekerja secara formal.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Faida (2018) yang mana mayoritas keluarga pasien skizofrenia tidak bekerja sebanyak 67%. Kesamaan ini menunjukkan bahwa dalam banyak kasus, individu yang merawat pasien dengan gangguan jiwa berat cenderung tidak terlibat dalam pekerjaan formal, baik karena alasan kebutuhan

waktu merawat, keterbatasan kemampuan, maupun tekanan sosial dan ekonomi.[45]

Menurut teori kebutuhan dasar Maslow, pekerjaan berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan fisiologis dan rasa aman. Ketika seseorang kehilangan pekerjaan atau tidak bekerja, hal ini dapat memengaruhi kemampuan mereka dalam mengakses layanan kesehatan, menyediakan kebutuhan dasar pasien, dan mendukung proses pemulihan. Dalam konteks *caregiving,* tidak bekerja bisa menjadi bentuk pengorbanan atau konsekuensi dari fokus perawatan terhadap anggota keluarga yang sakit.[46]

Menurut asumsi peneliti, bahwa tingginya jumlah keluarga yang tidak bekerja disebabkan oleh intensitas perawatan yang dibutuhkan oleh pasien skizofrenia, yang membuat *caregiver* harus mengorbankan aktivitas kerja. Selain itu, keterbatasan pendidikan, usia, serta beban psikologis yang ditanggung keluarga juga dapat menjadi faktor yang menghambat mereka untuk bekerja. Dalam beberapa kasus, stigma sosial terhadap keluarga pasien gangguan jiwa juga dapat menyebabkan isolasi sosial dan sulitnya memperoleh pekerjaan.

e. Hubungan dengan Pasien

Berdasarkan hubungan dengan pasien menunjukkan bahwa mayoritas hubungan pasien dengan keluarga adalah

wali pasien sebanyak 38,2%. Hal ini menunjukkan bahwa tanggung jawab perawatan pasien tidak selalu dilakukan oleh orangtua kandung, melainkan dapat dialihkan kepada anggota keluarga lain yang ditunjuk atau yang memiliki legalitas sebagai wali.

Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rizal (2022) yang mana mayoritas hubungan keluarga dengan pasien adalah orangtua sebanyak 35,1%.[47] Perbedaan ini dapat dipengaruhi oleh faktor struktur keluarga, kondisi orangtua pasien (misalnya usia lanjut atau telah meninggal), serta dinamika sosial yang memungkinkan peran perawatan dialihkan kepada wali seperti saudara, paman, atau kerabat dekat lainnya.

Menurut *family systems theory* oleh *Bowen*, peran anggota keluarga dalam merawat pasien sangat dipengaruhi oleh dinamika emosional dan peran dalam sistem tersebut. Ketika orangtua tidak lagi dapat menjalankan fungsi pengasuhan, maka anggota keluarga lain yang memiliki keterikatan emosional atau tanggung jawab hukum sering kali mengambil peran sebagai *caregiver* utama.[48]

Menurut asumsi peneliti, bahwa tingginya proporsi wali sebagai perawat utama disebabkan oleh banyaknya orangtua pasien sudah tidak ada atau tidak mampu merawat karena

usia, kesehatan, atau faktor ekonomi. Selain itu, dalam beberapa kondisi, wali mungkin lebih stabil secara emosional atau finansial, sehingga dianggap lebih mampu menangani beban perawatan pasien skizofrenia.

2. Pelaksanaan *Discharge Planning* di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan

Berdasarkan hasil penelitian dari 34 responden, mayoritas responden keluarga pasien skizofrenia menilai pelaksanaan *discharge planning* berada pada kategori "baik" (44,1%), yang lebih tinggi dibandingkan kategori "sangat baik" (38,2%) maupun "cukup" (17,6%). Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar keluarga merasa pelaksanaan *discharge planning* telah dilakukan dengan cukup memuaskan, meskipun belum mencapai tingkat layanan yang dianggap luar biasa. Penilaian dalam kategori "baik" mencerminkan persepsi bahwa pelayanan yang diberikan sudah sesuai harapan dasar dan berjalan dengan cukup optimal, namun masih terdapat aspek-aspek yang bisa ditingkatkan. Di sisi lain, jumlah responden yang menilai "sangat baik" sedikit lebih rendah kemungkinan disebabkan karena mereka menilai bahwa meskipun pelayanan sudah baik, belum semua kebutuhan atau informasi yang mereka harapkan terpenuhi secara maksimal. Sementara itu, kategori "cukup" yang paling sedikit menunjukkan bahwa hanya sebagian kecil keluarga yang merasa pelayanan masih kurang dan belum memenuhi standar yang mereka harapkan. Secara

umum, kecenderungan responden memilih kategori "baik" dapat mencerminkan sikap moderat dalam penilaian, di mana mereka merasa puas namun tetap menyadari adanya ruang untuk perbaikan dalam pelaksanaan *discharge planning*.

Hasil ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki penilaian positif terhadap pelaksanaan *discharge planning*, dengan total 85,3% responden (gabungan dari kategori baik dan sangat baik) menyatakan bahwa proses ini telah dilakukan dengan kualitas yang memadai hingga sangat memuaskan. Hal ini mengindikasikan bahwa upaya tim medis dalam memberikan edukasi, informasi, serta kesiapan pemulangan pasien telah cukup optimal dan mendapat apresiasi dari pasien atau responden yang terlibat.

Hal ini sejalan dengan penelitian Dewa dkk (2022) yang menunjukkan mayoritas responden pelaksanaan discharge planning kategori baik yang mungkin dipengaruhi oleh supervisi yang baik dan adanya standar oprasional prosedur baku oleh manajemen rumah sakit yang membantu perawat dalam proses implementasi *discharge planning*.[49]

Discharge planning merupakan salah satu upaya penting dalam proses perawatan pasien skizofrenia untuk memastikan kontinuitas perawatan setelah pasien pulang di rumah sakit. Berdasaran hasil penelitian yang telah dilakukan di Rumah Sakit

Khusus Daerah Dadi Provinsi Sulawesi Selatan, pelaksanaan *discharge planning* pada pasien skizofrenia sudah berjalan sesuai dengan standar oprasional prosedur (SOP) rumah sakit, meskipun masih terdapat beberapa kendala di lapangan.

Discharge planning mulai dilaksanakan sejak pasien pertama kali masuk rawat inap dan terkonfirmasi diagnosa skizofrenia. Tim kesehatan, terutama perawat dan dokter yang terlibat dalam menyusun rencana pemulangan pasien. Proses ini melibatkan beberapa tahap, yaitu pengkajian kebutuhan pasien dan keluarga, penyusunan rencana tindak lanjut, serta edukasi kesehatan jiwa kepada keluarga dan pasien. [50]

Discharge planning memiliki tujuan utama untuk mengurangi angka *readmission* (rawat ulang) dengan memastikan pasien dan keluarganya siap secara fisik, psikologis, dan sosial dalam melanjutkan perawatan di rumah.[51] Pelaksanaan *discharge planning* ini dapat dikaitkan dengan Teori Transisi oleh Afaf Meleis, yang menyatakan bahwa peralihan atau transisi dari satu tahap kehidupan ke tahap berikutnya, dalam hal ini transisi dari perawatan rumah sakit ke rumah perlu difasilitasi secara efektif agar berjalan lancar. *Discharge planning* membantu mengurangi ketidakpastian, meningkatkan adaptasi pasien pasca pemulangan, dan mendukung keberhasilan perawatan lanjutan di rumah. Dengan adanya transisi yang terstruktur, risiko *readmission* dapat

ditekan, dan proses penyembuhan pasien akan berjalan lebih optimal.[52]

Menurut asumsi peneliti, bahwa pelaksanaan *discharge planning* yang dinilai baik berperan penting dalam mencegah readmission pasien skizofrenia, yang umumnya terjadi akibat ketidaksiapan keluarga, kurangnya informasi pasca-rawat, atau ketidakpatuhan terhadap pengobatan.

3. Kejadian *Readmission* Pasien Skizofrenia di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan

Readmission atau rawat ulang pada pasien skizofrenia merupakan salah satu indikator penting dalam menilai efektivitas pelayanan kesehatan jiwa, khususnya dalam fase pasca-rawat inap. Pasien skizofrenia dikenal memiliki risiko tinggi untuk mengalami kekambuhan, yang sering kali beurujung pada perawatan ulang di rumah sakit. Hal ini bisa disebabkan oleh berbagai faktor seperti ketidakpatuhan terhadap pengobatan, kurangnya dukungan kelurga, maupun tidak opitmalnya sistem discharge planning.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan 34 yang mengalami *readmission* pasien skizofrenia di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan yaitu kategori II ada 17,6%, kategori III didapatkan 20,6%, dan kategori IV di dapatkan 61,8% yang mengalami *readmission* paling banyak. Hasil ini menunjukan bahwa sebagian besar pasien mengalami readmission dengan interval waktu lebih dari 1 bulan

setelah keluar dari rumah sakit. Dengan kata lain, kategori IV ini merupakan yang paling dominan dibandingkan kategori lainnya.

Hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya oleh Lieska & Harjanti (2018), yang menyebutkan bahwa mayoritas *readmission* pada pasien skizofrenia terjadi yaitu >1 bulan yang rawat inap ulang di rumah sakit, terutama pada pasien yang tidak memiliki sistem pendukung yang kuat dan tidak mendapatkan edukasi lanjutan tentang penanganan gejala.[53] Selain itu, penelitian oleh Penelitian lain oleh Erna (2019) juga menemukan bahwa kurangnya perencanaan discharge yang berkelanjutan sangat berkorelasi dengan tingginya angka *readmission*. *Discharge planning* yang baik harus mencakup tindak lanjut (*follow-up*), keterlibatan keluarga, serta rujukan ke layanan komunitas.[54]

Dari sudut pandang teoritis, model *Continuity of Care* (WHO, 2008) menjelaskan bahwa kesinambungan layanan setelah pasien dipulangkan sangat krusial untuk mencegah kekambuhan. Hal ini mencakup tindak lanjut medis, edukasi pasien dan keluarga, serta dukungan dari lingkungan sosial.[55]

Tingginya persentase pada kategori IV, yaitu sebesar 61,8%, dibandingkan dengan kategori II dan III menunjukkan bahwa sebagian besar pasien skizofrenia mengalami *readmission* dalam jangka waktu yang lebih lama setelah keluar dari rumah sakit. Kondisi ini dapat disebabkan oleh sejumlah faktor yang saling

berkaitan. Salah satunya adalah persepsi awal bahwa pasien sudah membaik setelah perawatan, sehingga setelah keluar dari rumah sakit tidak menjamin keberlanjutan stabilitas di rumah, jika tidak dibarengi dengan perencanaan pemulangan yang baik, perawatan komunitas yang terstruktur, dan keterlibatan keluarga yang aktif. Pada awalnya, pasien mungkin tampak stabil dan mampu kembali menjalani kehidupan di komunitas, namun tanpa perawatan lanjutan yang konsisten, kondisi mereka perlahan memburuk.

Hal ini dapat dikaitkan dengan beberapa kemungkinan yaitu kepatuhan terhadap pengobatan menurun setelah beberapa bulan di rumah, terutama pasien merasa “sudah sembuh” atau ketika keluarga menghentikan pengobatan karena alasan ekonomi atau kurangnya pengetahuan; minimnya kontrol rutin ke fasilitas layanan kesehatan terdekat atau ke rumah sakit yang mana setelah beberapa bulan pulang, pemantauan kesehatan jiwa sering kali tidak dilakukan secara konsisten; kemudian faktor lingkungan dan stresor psikosial yang mumicu dalam jangka panjang dapat meicu kekambuhan, apalagi jika tidak ada pendampingan pasikologis; dan kurangnya discharge planning jangka panjang dimana fokus perencanaan hanya pada saat pemulangan tanpa strategi lanjutan seperti *follow-up* atau pembinaan komunitas.

Sehingga kurangnya kesinambungan dalam pelayanan kesehatan jiwa di luar rumah sakit, terutama dalam bentuk kunjungan rumah, atau pendampingan sosial, juga dapat menyebabkan pasien kehilangan arah dalam proses pemulihan jangka panjang. Seiring waktu, kondisi ini memperbesar kemungkinan terjadinya kekambuhan yang tidak segera ditangani hingga akhirnya memerlukan rawat inap kembali. Dengan demikian, kategori IV menjadi lebih dominan karena kekambuhan yang terjadi bukan dalam waktu singkat, tetapi merupakan akumulasi dari ketidakefektifan sistem pendukung dan perawatan lanjutan setelah pasien kembali ke lingkungan sosialnya.

Sementara itu, jumlah pasien pada kategori II (17,6%) dan kategori III (20,6%) juga menunjukkan bahwa sebagian pasien mengalami kekambuhan dalam waktu dekat setelah keluar dari rumah sakit. Hal ini bisa menjadi indikator bahwa mereka belum siap untuk kembali ke lingkungan sosial atau belum stabil secara klinis saat dipulangkan.

Kekambuhan pada pasien dengan gangguan jiwa tidak hanya dipengaruhi oleh faktor internal rumah sakit, seperti perawatan dan pengobatan yang diberikan, tetapi juga oleh faktor-faktor di luar rumah sakit. Meskipun pasien dianggap membaik dan diizinkan untuk pulang, mereka bisa saja kembali dirawat karena faktor-faktor eksternal. Kesembuhan pada pasien

gangguan jiwa sulit untuk dicapai sepenuhnya, karena kondisi mereka tidak dapat dianggap sembuh secara total, sehingga kekambuhan atau kebutuhan perawatan ulang dapat terjadi, bahkan dalam beberapa hari setelah pasien pulang..[53]

Menurut asumsi peneliti, bahwa tingginya kejadian *readmission* pada kategori IV tidak hanya disebabkan oleh kondisi klinis pasien, tetapi juga oleh ketidakterlibatan keluarga secara optimal, serta minimnya program *discharge planning* jangka panjang dari rumah sakit. Banyak pasien yang tidak mendapatkan edukasi menyeluruh mengenai pentingnya pengobatan berkelanjutan, kontrol rutin, serta strategi mengatasi stresor psikosial.

4. Pengaruh Discharge Planning Terhadap Tingkat Readmission Pada Pasien Skizofrenia di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan

Hasil penelitian dengan uji statistic menggunakan uji *Chi-Square* menunjukkan *p*-value sebesar 0.004 (<0.05) bahwa terdapat pengaruh yang signifikan secara statistik antara pelaksanaan *discharge planning* dan kejadian *readmission* pada pasien skizofrenia. Dalam konteks penelitian, *p*-value menggambarkan probabilitas bahwa hasil yang diperoleh dalam hal ini, adanya pengaruh antara dua variable yang terjadi secara kebetulan jika sebenarnya tidak ada pengaruh di populasi.

Dimana pelaksanaan *discharge planning* yang dilakukan dengan baik, misalnya dengan memberikan edukasi kepada

pasien dan keluarga, menyusun rencana pengobatan lanjutan, serta mengatur tindak lanjut pasca rawat inap, dan berkontribusi nyata dalam menurunkan risiko pasien kembali dirawat di rumah sakit. Tanpa *discharge planning* yang terstruktur, pasien lebih rentan mengalami kekambuhan karena kurangnya persiapan untuk kembali ke kehidupan sehari-hari di luar rumah sakit.

Secara khusus, pasien yang mendapatkan *discharge planning* yang lengkap, mulai dari edukasi tentang penyakit, pentingnya kepatuhan pengobatan, pengenalan tanda-tanda kekambuhan, hingga perencanaan kontrol lanjutan, memiliki risiko *readmission* yang lebih rendah dibandingkan dengan pasien yang tidak mendapatkan *discharge planning* secara maksimal. Hal ini menegaskan peran penting perencanaan pemulangan yang menyeluruh untuk memfasilitasi pasien dalam melanjutkan perawatan di rumah dan mengurangi kemungkinan kekambuhan.

Hasil penelitian sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Asher, et al. (2022), bahwa implementasi *discharge planning* yang baik dapat mengurangi angka rawat ulang pasien skizofrenia. Mereka mencatat bahwa kesiapan pasien dan keluarga dalam merawat pasien setelah keluar rumah sakit sangat bergantung pada seberapa efektif *discharge planning* diterapkan.[56]

Hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Filippo, et al. (2019), bahwa *discharge planning* yang tidak memadai dapat meningkatkan angka *readmission*, terutama bagi pasien dengan gangguan jiwa seperti skizofrenia yang bersifat kronis dan memerlukan perawatan berkelanjutan. Edukasi lanjutan, pengawasan, dan *follow-up* yang konsisten sangat diperlukan agar pasien tidak mengalami kekambuhan yang mengarah pada rawat inap ulang.[57]

Hasil penelitian ini juga sesuai dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Johnson et al. (2018), yang menemukan bahwa implementasi *discharge planning* yang efektif dapat menurunkan angka *readmission* pada pasien skizofrenia secara signifikan. *Discharge planning* yang baik memastikan bahwa pasien dan keluarga memahami kondisi penyakit pasien, tanda-tanda kekambuhan, serta pentingnya melanjutkan perawatan secara mandiri di rumah.

Menurut pandangan Potter & Perry, *discharge planning* atau perencanaan pulang dari rumah sakit perlu disusun dengan menyeluruh dan dieksekusi dengan efektif oleh perawat, karena perawat adalah salah satu layanan profesional yang mampu mengurangi risiko kekambuhan pada pasien. Kekambuhan merujuk pada situasi di mana pasien kembali mengalami gejala serupa yang membuat mereka perlu dirawat kembali. Selanjutnya,

Nursalam (2008) menyatakan bahwa perencanaan keluar harus dilaksanakan dengan komunikasi yang jelas dan terfokus, sehingga pasien serta keluarganya memperoleh pemahaman yang baik yang akan berguna setelah mereka kembali ke rumah.[58]

Teori Defisit Perawatan Mandiri (*Self-Care Deficit Theory*) dari Dorothea Orem sangat sesuai digunakan dalam konteks *discharge planning* pasien skizofrenia. Teori ini menekankan bahwa pasien dengan gangguan kesehatan, seperti skizofrenia, sering kali tidak mampu merawat dirinya secara mandiri dan membutuhkan bantuan dari orang lain, termasuk keluarga. Dalam proses *discharge planning*, keluarga berperan penting sebagai pendamping yang memberikan dukungan lanjutan di rumah. Orem menyoroti bahwa perencanaan pemulangan pasien harus mencakup edukasi kepada keluarga mengenai kondisi pasien, cara mengelola obat, dan mengenali tanda-tanda kekambuhan. Keterlibatan aktif keluarga akan membantu mencegah rawat inap ulang (*readmission*) dengan memastikan pasien tetap mendapatkan perawatan yang tepat dan berkelanjutan setelah keluar dari rumah sakit. Teori ini menegaskan pentingnya keluarga sebagai bagian dari sistem perawatan pasien di luar fasilitas kesehatan.

Menurut asumsi peneliti, bahwa *discharge planning* yang komprehensif dapat mengurangi *readmission* pada pasien

skizofrenia. Kepatuhan pengobatan meningkat dengan informasi yang jelas kepada pasien dan keluarga. Pendampingan keluarga dan edukasi mempermudah transisi pasien ke kehidupan sosial, mengurangi kekambuhan. *Follow-up* medis mencegah *readmission*, sementara stresor psikosial dan faktor lingkungan tanpa dukungan sosial meningkatkan risiko. Kesiapan pasien dan keluarga dalam perawatan pasca-rawat inap penting untuk mencegah kekambuhan.

D. Keterbatasan Penelitian

Adapun keterbatasan dalam penelitian ini yaitu:

1. Jumlah sampel yang didapatkan dalam penelitian ini terbatas karena kurangnya keluarga pasien yang meluangkan waktu untuk menjenguk keluarganya yang sedang sakit di RSKD Dadi dan pasien yang *readmission* tidak sesuai dengan kriteria inklusi peneliti, sehingga peneliti hanya mampu mengambil sampel dengan jumlah 34 responden di ruang perawatan Palm, Nyiur, dan Sawit Rumah Sakit Khusus Daerah Dadi Provinsi Sulawesi Selatan.
2. Keterbatasan dalam penelitian ini terletak ketidaksesuaian waktu pelaksanaan dengan jadwal kunjungan keluaraga pasien skizofrenia, yang dapat mempengaruhi partisipasi mereka dalam proses pengumpulan data terkait pengaruh *discharge planning* terhadap tingkat *readmission* pada pasien skizofrenia. Dan waktu

penelitian yang tidak selaras dengan jadwal kunjungan resmi RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan.

3. Beberapa ruangan perawatan yang tidak mengizinkan pemberikan nomor kontak keluarga pasien, sehingga membatasi akses penelitian dalam menghubungi dan mewawancarai keluarga secara langsung.