

SKRIPSI

**PENGARUH *DISCHARGE PLANNING* TERHADAP TINGKAT *READMISSION*
PADA PASIEN SKIZOFRENIA DI RSKD DADI
PROVINSI SULAWESI SELATAN**



OLEH :

**NURHIKMAH
14220230078**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS MUSLIM INDONESIA
MAKASSAR
2025**

SKRIPSI

PENGARUH *DISCHARGE PLANNING* TERHADAP TINGKAT *READMISSION* PADA PASIEN SKIZOFRENIA DI RSKD DADI PROVINSI SULAWESI SELATAN



OLEH :

**NURHIKMAH
14220230078**

**Proposal ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh
gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS MUSLIM INDONESIA
MAKASSAR
2025**

PENGESAHAN TIM PENGUJI

Pengaruh *Discharge Planning* Terhadap Tingkat *Readmission* pada Pasien Skizofrenia di RSKD Dadi di Provinsi Sulawesi Selatan

Nurhikmah

14220230078

Telah diujikan pada tanggal 18 Juni 2025
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Susunan Tim Penguji

Ketua : Dr. H. Samsualam, S.Kep., Ns., M.Kes, M.Kep. (.....)

Anggota : Wa Ode Sri Asnaniar., S.Kep.,Ns.,M.Kes., M.Kep. (.....)

Anggota : Dr. Tutik Agustini, S.Kep., Ns., M.Kep. (.....)

Anggota : Suhermi S, S.Kep., Ns., M.Kes. (.....)

Makassar, 29 Desember 2025
Fakultas Kesehatan Masyarakat

Dekan,



Prof. Dr. Suharni, S.Pd.,M.Kes.

HALAMAN PERSETUJUAN

Skripsi ini telah dipertahankan dihadapan tim ujian skripsi dan disetujui untuk diperbanyak sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muslim Indonesia.

Makassar, 18 Juni 2025

Tim Pembimbing

Pembimbing I



Dr.H. Samsualam, SKM., S.Kep.,Ns.,M.Kes.,M.Kep

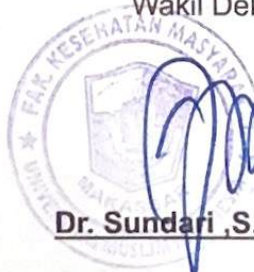
Pembimbing II



Wa Ode Sri Asnaniar, S.Kep.,Ns.,M.Kes.,M.Kep

Diketahui,

Wakil Dekan I



Dr. Sundari, S.ST.,M.PH.

PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Nurhikmah

Stambuk : 14220230078

Institusi : Universitas Muslim Indonesia

Program Studi : Ilmu Keperawatan

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya sendiri, bukan pengambilan atau pemikiran orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan sebagian atau keseluruhan skripsi ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 18 Juni 2025

Yang menyatakan,



Nurhikmah

KATA PENGANTAR



Assalamuaalaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Alhamdulillahirobbil 'alamin, puji syukur kepada Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, hidayah dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul Pengaruh Discharge Planning Terhadap Tingkat Readmission Pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Khusus Daerah Dadi Provinsi Sulawesi Selatan. Shalawat serta salam senantiasa dikirimkan kepada baginda Rasulullah Muhammad SAW, beserta keluarga dan para sahabatnya.

Tujuan dari penyusunan skripsi ini guna memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Muslim Indonesia. Secara khusus penghargaan yang setinggi-tingginya penulis persembahkan kepada kedua orang tua tercinta yaitu Ayahanda Larahman dan Ibunda Nariah serta seluruh keluarga besar penulis, terima kasih atas segala bentuk dukungan baik moril maupun materil yang diberikan kepada penulis sehingga penulis mampu berada pada tahap ini dan dapat menyelesaikan tugas akhir ini dengan sebaik-baiknya. Dengan segala kerendahan dan ketulusan hati, penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Prof. Hj. Masrurah Mokhtar, MA. selaku Ketua Yayasan Wakaf Universitas Muslim Indonesia.

2. Bapak Prof. Dr. H Hambali Thalib, SH.,M.H selaku Rektor dan segenap Birokrat Institusi yang telah memberikan kesempatan bagi peneliti untuk menimba ilmu di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muslim Indonesia.
3. Ibu Dr. Suharni A. Fachrin, S.Pd.,M.Kes selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muslim Indonesia, para Wakil Dekan, staf pengajar dan seluruh karyawan yang telah memberikan bantuan kepada penulis selama mengikuti pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muslim Indonesia.
4. Ibu Wa Ode Sri Asnaniar, S.Kep.,Ns.,M.Kes.,M.Kep. selaku Kaprodi Ilmu Keperawatan sekaligus pembimbing II, Yusrah Taqiyah, S.Kep.,Ns.,M.Kes.,M.Kep selaku sekretaris Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muslim Indonesia, beserta dosen-dosen Program Studi Ilmu Keperawatan UMI yang telah memberikan bekal ilmu yang bermanfaat.
5. Bapak Dr. H. Samsualam, SKM.,S.Kep.,Ns.,M.Kes.,M.Kep. selaku pembimbing I yang telah meluangkan waktunya untuk membimbing dan mengarahkan penulis untuk menyelesaikan skripsi ini.
6. Ibu Tutik Agustini, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku penguji I dan Suhermi S, S.Kep.,Ns.,M.Kes. selaku penguji II yang telah memberikan kritikan dan saran kepada peneliti hingga skripsi ini bisa diselesaikan.

7. Seluruh dosen di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muslim Indonesia yang telah memberikan ilmunya kepada penulis.
8. Bapak dr. Muhammad Ichsan Mustari, MHM selaku direktur RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan, Kepala ruangan keperawatan beserta para staf yang telah membantu dan memberikan izin kepada peneliti untuk melakukan penelitian.
9. Sahabat saya Ratniwati yang telah menyemangati dan membantu saya selama penelitian, semoga Allah Yang maha razak senantiasa melimpahkan rezeki dan keberkahan hidup bagi kita semua.
10. Teman saya Siti Umi Nadra Saida yang sudah meluangkan waktunya untuk menemani saya meneliti dan menyemangati, semoga Allah yang maha pengasih membalas dengan kebaikan yang berlipat ganda dan senantiasa memudahkan segala aktivitas kita.

Penulis menyadari dalam penulisan skripsi ini masih banyak kekurangan serta kesalahan, karena itu segala kritikan dan saran yang membangun akan menyempurnakan penulisan skripsi ini serta bermanfaat bagi penulis dan pembaca Aamiin Allahuma Aamiin.

Wassalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Makassar, Mei 2025

Penulis

Nurhikmah

ABSTRAK

Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Muslim Indonesia
Skripsi, Mei 2025

Nurhikmah
14220230078

“Pengaruh *discharge planning* terhadap tingkat *readmission* pada pasien skizofrenia di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan” dibimbing oleh Samsualam dan Wa Ode Sri Asnaniar (xiii + 3 tabel + 85 halaman + 19 lampiran)

Skizofrenia merupakan gangguan mental serius yang memengaruhi cara seseorang berpikir, merasakan, dan berperilaku. *Discharge planning* antarprofesional dapat mengurangi risiko kematian, memperpendek masa rawat inap, mengurangi biaya perawatan, serta menurunkan jumlah rawat inap dan *readmission*. Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui pengaruh *discharge planning* terhadap tingkat *readmission* pada pasien skizofrenia di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan.

Desain penelitian yang digunakan adalah survei analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Adapun penentuan sampel dilakukan dengan teknik *Consecutive Sampling* dengan besar sampel sebanyak 34 responden. Pengumpulan data menggunakan kuesioner *discharge planning* dan lembar observasi *readmission*. Uji pengaruh dengan menggunakan uji *Chi-Square* dengan tingkat kemaknaan $\alpha < 0,05$.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pada pelaksanaan *discharge planning* dengan pengaruh paling banyak ialah kategori baik dengan presentase 44,1%, sedangkan kejadian *readmission* paling banyak ialah kategori IV dengan presentasi 61,8% pasien skizofrenia. Sehingga penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat signifikan antara pelaksanaan *discharge planning* dengan kejadian *readmission* dengan *p-value* sebesar 0.004 (< 0.05) maka H_0 ditolak, hal tersebut dapat diartikan bahwa penelitian ini membuktikan bahwa ada pengaruh *discharge planning* terhadap tingkat *readmission* pada pasien skizofrenia di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan.

Kesimpulan pada penelitian ini adalah ada pengaruh antara pelaksanaan *discharge planning* dengan kejadian *readmission* pada pasien skizofrenia. Disarankan bagi perawat di rumah sakit untuk mengoptimalkan *discharge planning* dengan melibatkan pasien dan keluarga, memberikan edukasi, serta berkoordinasi dengan layanan kesehatan di komunitas guna menurunkan risiko kekambuhan dan *readmission* pasien skizofrenia.

Daftar Pustaka : 58 (2012-2024)

Kata kunci : Skizofrenia, *Discharge Planning*, Tingkat *Readmission*.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN.....	iii
KATA PENGANTAR	iv
ABSTRAK.....	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR SINGKATAN.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan Penelitian	7
D. Manfaat Penelitian	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	10
A. Tinjauan Umum Tentang <i>Skizofrenia</i>	10
B. Tinjauan Tentang <i>Readmission</i>	26
C. Tinjauan Tentang <i>Discharge Planning</i>	34
BAB III KERANGKA KONSEP	38
A. Dasar Pemikiran Variabel yang Diteliti	38
B. Kerangka Konsep	39
C. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif.....	39
D. Hipotesis.....	41
BAB IV METODE PENELITIAN	42
A. Desain Penelitian.....	42
B. Lokasi dan Waktu	42
C. Populasi dan Sampel.....	42
E. Instrumen Penelitian	44
F. Pengumpulan Data	45

G. Pengelolaan dan Analisa Data	47
H. Aspek Etik Penelitian	49
BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	51
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	51
B. Hasil Penelitian	52
C. Pembahasan	56
D. Keterbatasan Penelitian.....	75
BAB VI KESIMPULAN	77
A. Kesimpulan	77
B. Saran.....	78
DAFTAR PUSTAKA.....	80
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	Hal.
Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan	51
Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Pelaksanaan <i>Discharge Planning</i> di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan	52
Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Interval Readmssion di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan	53
Tabel 5.4 Pengaruh Discharge Planning Terhadap Tingkat Readmission Pada pasien Skizofrenia di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan	54

DAFTAR SINGKATAN

WHO	<i>World Health Organization</i>
SKI	Survei Kesehatan Indonesia
JCAHO	<i>The Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organization</i>
NQF	<i>National Quality Forum</i>
CMS	<i>Center of Medicare and Medicaid Services</i>
CMS	<i>Center of Medicare and Medicaid Services</i>
YNHHSC	<i>Yale New Haven Health Services Corporation</i>
CORE	<i>Center for Outcomes Research and Evaluation</i>
CCS	<i>Clasifikasi Clinical Sistem</i>
JCAHO	<i>The Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organization</i>

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Surat Pengambilan Data Awal
- Lampiran 2 : Surat Izin Penelitian
- Lampiran 3 : Surat Balasan Izin Penelitian PTSP
- Lampiran 4 : Surat Permohonan Etik Penelitian
- Lampiran 5 : Surat Balasan Etik Penelitian
- Lampiran 6 : Surat Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 7 : Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 8 : Lembar Kuesioner Penelitian Data Demografi
- Lampiran 9 : Lembar Kuesioner *Discharge Planning*
- Lampiran 10 : Lembar Observasi *Readmission* Pasien Skizofrenia
- Lampiran 11 : Izin Penggunaan Kuesioner
- Lampiran 12 : Master Tabel *Discharge Planning*
- Lampiran 13 : Master tabel Observasi *Readmission* Pasien Skizofrenia
- Lampiran 14 : Hasil Uji Statistik
- Lampiran 15 : Surat Keaslian Data
- Lampiran 16 : Surat Keterangan Lulus Plagiasi
- Lampiran 17 : Surat Keterangan Bebas Pustaka
- Lampiran 18 : Jadwal Penelitian
- Lampiran 19 : Dokumentasi Penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gangguan jiwa adalah masalah kesehatan mental serius yang dapat menyebabkan gangguan kognitif, emosional, dan sosial yang menyebabkan penderitanya tidak mampu melakukan aktivitas sehari-hari.¹ *World Health Organization* (WHO) menyatakan bahwa gangguan mental meliputi depresi, gangguan bipolar, skizofrenia dan psikosis, demensia, dan gangguan formatif atau gangguan perkembangan.² Di antara gangguan kejiwaan, skizofrenia dianggap sebagai masalah kesehatan mental serius yang dapat mempengaruhi sekitar 1% populasi dunia.³

World Health Organization (WHO) pada tahun 2022 melaporkan bahwa skizofrenia memengaruhi sekitar 24 juta orang, yang setara dengan 0,32% dari populasi global. Sementara itu, di antara orang dewasa, angka ini mencapai 0,45%, atau sekitar 1 dari 222 orang. Skizofrenia ditandai dengan gangguan yang signifikan dalam persepsi dan perubahan perilaku pada penderitanya. Gejala yang mungkin muncul termasuk delusi, halusinasi, termasuk fungsi individu, hubungan keluarga, lingkungan sosial, kemampuan pendidikan, dan kesuksesan dalam dunia kerja. Informasi ini menunjukkan bahwa masalah kesehatan mental semakin menjadi sorotan global dengan tingkat kejadian yang terus meningkat di seluruh dunia.²

Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 mendapatkan ada lima provinsi di Indonesia dengan prevalensi penduduk dengan gangguan skizofrenia tertinggi berada di Provinsi DI Yogyakarta (7,8%), DKI Jakarta (4,9%), dan provinsi Sulawesi Selatan berada di peringkat kesepuluh (3,1%). Sedangkan provinsi dengan prevalensi gangguan skizofrenia terendah ada di Maluku (1,2%), Bali (0,9%), Papua Barat (0,6%), dan Papua Pegunungan (0,2%). Adapun Hal ini berbanding terbalik dengan ketidakpatuhan minum obat, yaitu terdapat 27,5% merasa bosan/malas/sering lupa minum obat, 25,4% merasa sudah sehat sehingga obat tidak dilanjutkan, 6,8% merasa obat tidak tersedia di fasyankes, 5,9% merasa tidak tahan efek samping obat, dan 2,6% minum obat tradisional.⁴

Skizofrenia merupakan gangguan mental yang memengaruhi cara seseorang berpikir, berperilaku dan merasakan. Skizofrenia bisa jadi merupakan penyakit parah yang menyebabkan terganggunya psikosis dalam berupa kekacauan dalam proses berpikir dan identitas, dengan adanya fantasi, halusianasi, kekambuhan, penarikan diri dari lingkungan atau isolasi sosial, dan delusi. Kekacauan ini sering kali memerlukan perawatan serius di pusat penyembuhan, terutama bila gejalanya berulang atau memburuk.⁵

Salah satu tantangan terbesar dalam perawatan pasien skizofrenia adalah tingginya tingkat *readmission*, atau masuk kembali ke rumah sakit setelah pasien sebelumnya telah pulang. Tingginya

readmission bisa mengindikasikan bahwa pasien tidak mendapatkan perawatan lanjutan yang cukup, atau pasien dan keluarganya belum siap untuk menangani kondisi tersebut di rumah. *Readmission* yang sering terjadi tidak hanya membebani sistem kesehatan, tetapi juga berdampak buruk pada kualitas hidup pasien dan keluarganya. Oleh karena itu, diperlukan strategi yang efektif untuk mengurangi frekuensi *readmission*.⁶

Menurut Padila et al dalam Sumiati (2021) *readmission* atau penerimaan kembali dapat diantisipasi dengan menyediakan perawatan yang sesuai di ruang rawat inap serta menyusun rencana pemulangan (*discharge planning*) yang efektif untuk meningkatkan pemahaman menjadi lebih baik pada pasien dengan perencanaan pulang.⁷ *Discharge planning* merupakan bagian penting dalam sistem kesehatan global yang bertujuan untuk meningkatkan koordinasi layanan antara klinik dan masyarakat. Ini dapat menjamin kelancaran pemulangan pada pasien, memperpendek durasi perawatan, dan mengurangi jumlah kambuh dan penerimaan kembali.⁸ Untuk mengurangi tingkat *readmission* yang mana *discharge planning* menjadi bagian mendasar dari proses perawatan pasien. Perencanaan pulang dapat menjadi tindakan keperawatan berkelanjutan yang dimulai segera setelah pasien dirawat di rumah sakit dan berlanjut selama perawatan pada pasien dan setelah pasien diperbolehkan untuk meninggalkan rumah sakit. *Discharge planning* yang baik

melibatkan edukasi pasien dan keluarga tentang pengobatan, kemudian tanda-tanda kambuh, dan dukungan yang tersedia di dalam lingkungan komunitas. Penelitian menunjukkan bahwa *discharge planning* yang terorganisasi dan komprehensif dapat mengurangi tingkat *readmission* dan meningkatkan hasil pemahaman perawatan pada pasien.

Discharge planning anterprofesional dapat mengurangi risiko kematian, memperpendek lama masa rawat inap, mengurangi biaya perawatan, dan mengurangi jumlah rawat inap dan *readmission*. *Discharge planning* juga meningkatkan kepuasan keluarga dan pasien, mengurangi komplikasi pasca-pemulangan, dan menurunkan kecemasan. Indikator perencanaan pemulangan yang berhasil mencakup kriteria penanganan dan hasil yang diukur dengan perubahan status fungsional, lama tinggal, dan tingkat penerimaan kembali.⁹

Pelaksanaan *discharge planning* yang dinilai pada pasien skizofrenia yang mengalami *readmission* atau rawat inap ulang dalam kurun waktu lebih satu bulan dapat dipahami melalui aspek-aspek seperti pemahaman, kepatuhan terhadap pengobatan, pelayanan kesehatan, aktivitas sehari-hari, dan lingkungan sekitar.¹⁰ Orang yang didiagnosis menderita skizofrenia sering kali memerlukan perawatan di rumah sakit karena berbagai alasan, ada anggota keluarga percaya bahwa ketidakpatuhan terhadap pengobatan terjadi

karena kurangnya pemahaman mengenai kondisi pasien, atau karena perasaan bosan, yang menyebabkan keengganan untuk minum obat yang diresepkan secara konsisten. Meskipun pasien mungkin mematuhi pengobatannya, keluarga mereka sering kali kurang menyadari potensi efek samping yang terkait dengannya. Dibandingkan dengan gangguan kesehatan mental berat lainnya, orang dengan skizofrenia mengalami tingkat rawat inap ulang yang lebih tinggi, dengan sekitar 60% dari orang-orang ini dirawat kembali setelah perawatan mereka.¹¹ Suatu kejadian di mana seorang pasien kembali ke rumah sakit setelah sebelumnya dirawat sebagai pasien rawat inap disebut sebagai *readmission* atau rawat inap ulang.⁷

Dalam mengatasi tantangan ini, *discharge planning* pasien yang merupakan bagian penting dalam memindahkan perawatan pasien dari rumah sakit kembali ke rumah. Tujuan perencanaan pemulangan pasien adalah untuk menjamin bahwa pasien memperoleh perawatan pasca-rumah sakit yang sesuai dan untuk membantu pasien dan keluarga mereka dalam menangani kondisi kesehatan mereka di rumah. Perencanaan pemulangan pasien yang dilaksanakan dengan baik dapat membantu menurunkan tingkat penerimaan kembali pasien, meningkatkan kualitas perawatan, dan mendorong hasil pemulihan yang lebih baik bagi pasien.

Penelitian yang dilakukan oleh Nurhayati (2023) dengan judul penelitian hubungan *discahrge planning* terintegreasi dengan

readmission pasien halusinasi di RSJD Surakarta. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pelaksanaan *discharge planning* terintegrasi dengan *readmission* pada pasien halusinasi di RSJD Surakarta.⁷ Sedangkan hasil penelitian oleh Renny Triwijayanti (2022) faktor yang memberikan impact pada angka *readmission* terhadap pelaksanaan *discharge planning* stroke menyimpulkan bahwa sikap responden pada angka *readmission* terkait dengan pelaksanaan *discharge planning*, yaitu masih memiliki sikap kurang baik karena kurangnya pengetahuan dan sikap.⁸

Berdasarkan data penelitian awal yang bersumber dari rekam medis RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2024, dengan jumlah kejadian rawat inap ulang dari bulan Juli sampai dengan September 2024 sebanyak 11 dari 255 kasus. Hal ini menunjukkan angka rawat inap ulang sekitar 4,31%. Di antara pasien skizofrenia, yang dirawat inap selama waktu tiap 3 bulan termasuk pasien yang dirawat inap ulang setelah sebelumnya pernah dirawat inap. Data ini menunjukkan tingginya angka rawat inap ulang pada pasien yang diagnosis skizofrenia.¹²

Pada uraian latar belakang di atas, peneliti tertarik untuk melaksanakan kegiatan penelitian dengan judul “Pengaruh *Discharge Planning* Terhadap Tingkat *Readmission* Pada Pasien Skizofrenia Di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah diatas maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Apakah ada pengaruh *discharge planning* terhadap tingkat *readmission* pada pasien skizofrenia di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan?”

C. Tujuan Penelitian

a. Tujuan Umum

Tujuan dari penelitian ini yaitu untuk mengetahui pengaruh *discharge planning* terhadap tingkat *readmission* pada pasien skizofrenia di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan.

b. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dalam penelitian ini adalah :

1. Mendeskripsikan pelaksanaan *discharge planning* di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan.
2. Mendeskripsikan kejadian *readmission* pasien skizofrenia di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan.
3. Menganalisis pengaruh *discharge planning* terhadap tingkat *readmission* pada pasien skizofrenia di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

- a. Memberikan informasi ilmiah mengenai *discharge planning* terhadap tingkat *readmission* pada pasien skizofrenia di RSKD dadi provinsi sulawesi selatan.
- b. Menjadi bukti empiris mengenai pengaruh *discharge planning* terhadap tingkat *readmission* pada pasien skizofrenia di RSKD dadi provinsi sulawesi selatan.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Responden

Mampu mengevaluasi kesiapan pasien dalam menerapkan pengetahuan mengenai *discharge planning* saat berada di rumah, sehingga dapat mencegah *readmission* pada pasien dengan skizofrenia.

b. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai acuan mengenai keterkaitan tentang pengaruh *discharge planning* terhadap tingkat *readmission* pada pasien skizofrenia.

c. Bagi Pelayanan Keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat memperkaya pemahaman terkait pelaksanaan *discharge planning* pada pasien.

d. Bagi Peneliti

Secara teoritis, hasil dari penelitian ini diharapkan dapat berkontribusi dalam pengembangan dan peningkatan pengetahuan mengenai pengaruh discharge planning terhadap tingkat readmission pada pasien skizofrenia.

e. Bagi Peneliti Selanjutnya

Sebagai perluasan wawasan dan referensi yang dapat dijadikan dasar untuk pengembangan lebih lanjut oleh peneliti berikutnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang *Skizofrenia*

1. Pengertian Skizofrenia

Skizofrenia (*schizophrenia*; dibaca “skit-se-fre-nia”) adalah kondisi psikologis signifikan yang memengaruhi proses berpikir, emosi, dan perasaan. Kondisi ini diklasifikasikan sebagai kondisi psikotik yang ditandai dengan berkurangnya pemahaman akan realitas dan menurunnya kesadaran diri.¹³

Skizofrenia adalah gangguan yang berhubungan dengan proses berpikir dan perilaku yang menyebabkan pola kognitif maladaptif dan perasaan yang tidak terkendali. Kondisi kesehatan mental yang parah ini memengaruhi sekitar 1% dari populasi global dan ditandai oleh pengalaman seperti halusinasi, delusi, ucapan tidak jelas, tindakan yang sangat tidak teratur, respons emosional yang berkurang, kurangnya motivasi, dan defisit fungsi mental. Biasanya, gejala muncul selama akhir masa remaja atau awal masa dewasa, dengan prevalensi yang lebih tinggi diamati di antara laki-laki. Asal-usulnya dapat ditelusuri ke faktor genetik, lingkungan, dan neurobiologis, dengan tidak ada satu gen pun yang ditunjukkan sebagai penyebabnya. Ada interaksi yang kompleks di antara unsur-unsur genetik. Aspek lingkungan meliputi faktor-faktor selama kehamilan dan persalinan, stres

psikologis, serta penggunaan ganja. Dari sudut pandang neurobiologis, skizofrenia terkait dengan ketidakaturan dalam sistem neurotransmitter dopamin dan glutamat bersama dengan perubahan dalam struktur otak.¹⁴

Pasien skizofrenia dapat dikontrol berdasarkan gejala yang ditampilkannya Hawari (2012) mengatakan bahwa manifestasi skizofrenia dapat dibagi menjadi dua kategori, yaitu gejala positif dan gejala negatif. Gejala positif meliputi delusi, yaitu keyakinan yang salah, halusinasi yang merupakan pengalaman tanpa masukan sensorik yang nyata, kebingungan pikiran yang sulit diikuti oleh orang lain, kebisingan, sering mondar-mandir, dan kecemasan yang mungkin melibatkan ide-ide keagamaan, agresi, dan aspek-aspek lainnya. Sebaliknya, gejala negatif ditandai dengan ekspresi wajah yang kurang menunjukkan ketidakpekaan emosional, kecenderungan untuk melamun, lebih suka menyendiri, kesulitan mengelola emosi, kurangnya motivasi atau inisiatif, serta ketidakpedulian. Ciri-ciri seperti ketelitian, tidak adanya keseriusan, dan kurangnya usaha juga diamati.¹³

Allah swt. memberikan obat bagi siapapun Allah memberikan obat bagi siapapun yang sakit. Sesuai dengan Ayat Al-Qur'an dalam QS. Yunus ayat 57:

yâ ayyuhan-nâsu qad jā'atkum mau'idhatum mir rabbikum wa syifâ'ul limâ fish-shudûri wa hudaw wa rahmatul lil-mu'minîn

Terjemahan :

"Wahai manusia, sungguh telah datang kepadamu pelajaran (Al-Qur'an) dari Tuhanmu, penyembuh bagi sesuatu (penyakit) yang terdapat dalam dada, dan petunjuk serta rahmat bagi orang-orang mukmin." (QS. Yunus :57)

Menurut tafsir Al-Wajiz/Syaikh Prof. Dr. Wahbah az-Zuhaili, seorang ulama terkemuka dalam hukum Islam dan tafsir dari Suriah, Wahai manusia, petunjuk dari Sang Pencipta telah disampaikan kepada kalian dengan cara yang lugas. Petunjuk ini dirangkum dalam Al-Qur'an, yang mengarahkan kalian menuju kebenaran dan menjauhi dosa, disertai dengan kabar baik tentang kenikmatan surga dan peringatan tentang siksaan neraka. Petunjuk ini juga berfungsi sebagai obat untuk penyakit hati yang disebabkan oleh keyakinan yang salah dan cacat. Lebih jauh, petunjuk ini memberikan petunjuk dan kasih sayang dari Allah bagi orang-orang beriman yang menempuh jalan yang benar menuju surga. Jelaslah bahwa Al-Qur'an dapat menyembuhkan para pembacanya dan mereka yang mengamalkan ajarannya. Sebagaimana yang dijelaskan secara rinci dalam Surah Yunus, penyembuhan ini melampaui sekadar penyakit fisik dan khususnya membahas penyembuhan roh dan jiwa. Dapat dipahami bahwa tubuh yang sehat terkait dengan roh yang sehat. Jadi, ketika jiwa menerima perawatan yang tepat, tubuh juga merasakan manfaat dari peningkatan kesejahteraan

mental. Hal ini menunjukkan bahwa jiwa yang berkembang memberdayakan seseorang untuk tumbuh baik secara fisik maupun spiritual, memelihara hubungan sosial yang sehat, terlibat secara positif dengan lingkungannya, dan memenuhi kebutuhan diri sendiri dan keluarga mereka.¹⁵

2. Etiologi Skizofrenia

Menurut Durand & Barlow (2007) mengatakan terdapat beberapa pendekatan yang dominan dalam menganalisis penyebab skizofrenia, antara lain :

a. Faktor genetik

Faktor genetik pada individu yang diidentifikasi dengan skizofrenia melibatkan banyak gen, yang disebut sebagai fenomena lokus kualitatif. Meskipun unsur genetik biasanya merupakan kontributor utama terhadap skizofrenia, kondisi ini juga dapat muncul dari berbagai gen yang terletak di berbagai posisi di seluruh kromosom yang berbeda.

b. Faktor biokimia

Skizofrenia muncul akibat ketidakseimbangan sejumlah zat kimia di otak yang disebut neurotransmitter, yang berperan dalam menyampaikan sinyal antar sel saraf. Para ahli meyakini bahwa gangguan ini berkaitan dengan peningkatan aktivitas dopamin di area tertentu otak atau adanya respons otak yang tidak normal terhadap dopamin.

c. Faktor psikologis sosial

Kemudian ada faktor psikologis yaitu; apabila trauma tersebut bersifat psikologis dan merusak spiritual serta psikologi seseorang, ada faktor genetika yang semakin kuat seiring berjalannya waktu, serta terdapat hubungan patogenik antara orang tua dan anak atau terdapat interaksi patogenik dalam keluarga.¹⁶

3. Fase Skizofrenia

Berdasarkan Townsend (2011) perkembangan penyakit skizofrenia dibagi dalam 4 fase, yaitu :

a. Fase Premorbid

Pada tahap sebelum timbulnya kondisi tersebut, individu menunjukkan kecenderungan untuk mengisolasi diri, mudah gelisah, tidak emosional, tunduk, pendiam, dan menunjukkan pikiran serta tindakan agresif. Pasien-pasien ini sering kali kesulitan untuk mempertahankan persahabatan, tidak berprestasi di lingkungan akademis, dan menunjukkan perilaku yang antisosial.

b. Fase Prodromal

Fase prodromal awal, orang yang terkena dampak biasanya menghadapi tantangan dalam beraktivitas disertai gejala-gejala samar seperti sulit tidur, perasaan cemas, mudah tersinggung, suasana hati buruk, kesulitan fokus,

kelelahan, dan menarik diri dari interaksi sosial. Tanda-tanda yang menunjukkan penurunan prognosis meliputi gangguan persepsi, gagasan referensi, dan skeptisisme, yang menentukan fase awal psikosis. Tahap ini mungkin singkat, berkisar dari beberapa minggu hingga beberapa bulan.

c. Fase Psikotik Aktif

Pada fase psikotik aktif, banyak gejala psikotik terjadi selama fase psikotik aktif. Gejalanya meliputi delusi, halusinasi, ucapan tidak teratur, perilaku sangat tidak teratur, gejala negatif (misalnya gejala afektif datar, afasia, atau amotivasi), dan penurunan keterampilan perawatan diri yang berlangsung lebih dari 6 bulan.

d. Fase Residu

Fase residual ditandai dengan periode remisi dan eksaserbasi. Pada tahap berikutnya, gejala-gejala berat tidak ada. Bentuk skizofrenia ini terjadi setelah penderita melewati fase kronis dan merupakan fase yang muncul setelah episode-episode intens seperti delusi, pikiran yang tidak teratur, halusinasi, dan perilaku agresif.¹⁶

4. Gejala Skizofrena

Ada beberapa gejala-gejala skizofrenia yaitu sebagai berikut:

a. Halusinasi

Halusinasi merujuk pada situasi saat seseorang mengalami gangguan persepsi sensorik, mengalami sensasi yang salah seperti suara, bau, atau rasa yang memengaruhi indera penglihatan, pendengaran, pengecap, penciuman, dan peraba. Individu tersebut merasakan rangsangan yang sebenarnya tidak ada atau tidak nyata.¹⁷

Penyebab halusinasi dapat dikategorikan ke dalam dua aspek utama yaitu faktor biologis; yang meliputi genetika, ketidakseimbangan neurotransmitter, dan pengaruh psikososial seperti pola asuh yang buruk, pengalaman traumatis, kehilangan atau kegagalan, kesulitan ekonomi, dan terputusnya hubungan dengan lingkungan sekitar.¹⁷

b. Waham

Waham mengacu pada keyakinan salah yang terus-menerus dan dipegang teguh oleh seseorang yang tidak sesuai dengan keadaan sebenarnya. Waham ini berkaitan dengan gangguan pada isi pikiran orang tersebut mungkin berpegang pada identitas yang tidak benar, seperti menganggap dirinya sebagai presiden, gubernur, atau bahkan dewa. Kondisi ini sering dikaitkan dengan gangguan

psikologis serius, dan jenis delusi tertentu umumnya diamati pada individu yang didiagnosis dengan skizofrenia.¹⁸

Menurut SDKI (2017) waham merujuk pada anggapan keliru yang dipegang teguh mengenai pikiran seseorang yang terus-menerus ada namun gagal selaras dengan keadaan sebenarnya. Ada berbagai kategori delusi termasuk waham kebesaran, waham paranoid, waham keagamaan, waham nihilistik, dan waham somatik.¹⁹

c. Risiko Perilaku Kekerasan

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan saat seorang individu terlibat dalam tindakan yang dapat menyebabkan cedera fisik, baik terhadap diri sendiri maupun orang lain, yang ditandai dengan kemarahan dan agitasi yang hebat.¹⁷

Selanjutnya, kemungkinan tindakan kekerasan dikategorikan menjadi tiga faktor; faktor predisposisi, faktor presipitasi, dan faktor penyebab seperti yang diuraikan di bawah ini:

- a) Faktor predisposisi yang menyebabkan perilaku kekerasan meliputi pengaruh biologis, konsep-konsep psikologis, teori-teori sosiokultural, dan pertimbangan-pertimbangan agama.

- b) Faktor presipitasi yang menyebabkan perilaku kekerasan meliputi kebutuhan untuk mengekspresikan diri, keinginan untuk menunjukkan eksistensi, atau menunjukkan persatuan, seperti yang terlihat dalam perkelahian kelompok. Selain itu, faktor-faktor ini meliputi kebutuhan akan kebutuhan dasar yang belum terpenuhi, situasi sosial ekonomi yang berlaku, tantangan dalam komunikasi keluarga, dan kurangnya pengalaman dalam menggunakan percakapan untuk mengatasi masalah, yang sering kali mengarah pada kekerasan sebagai cara untuk menyelesaikan perselisihan.
- c) Faktor penyebab terjadinya perilaku kekerasan dari klien gangguan jiwa di unit psikiatri yakni riwayat agresi sebelumnya, adanya peristiwa traumatis, keparahan gejala, manajemen terapeutik, jumlah rawat inap sebelumnya, lingkungan disekitar yang berpotensi berbahaya dan pengalaman menakutkan, serangan fisik dan kekerasan seksual, rasa ketidakadilan dan kurangnya kepedulian dan empati dari perawat¹⁷

d. Risiko Bunuh Diri

Risiko bunuh diri mengacu pada potensi menyakiti diri sendiri yang membahayakan nyawa seseorang. Risiko ini dianggap sebagai krisis kesehatan mental karena melibatkan tindakan yang bertujuan untuk mengakhiri hidup seseorang. Tindakan yang terkait dengan bunuh diri sering kali berasal dari stres yang intens dan berkepanjangan, yang membuat seseorang kesulitan menerapkan strategi yang dapat membantu mereka menghadapi tantangan yang mereka hadapi.¹⁸

Bunuh diri merupakan tindakan yang drastis dan berbahaya yang dapat menyebabkan kematian. Seseorang yang menghadapi kecenderungan bunuh diri atau telah mencoba bunuh diri sering kali mengalami emosi atau keadaan yang menyusahkan, ditambah dengan tantangan dalam mengidentifikasi solusi. Kondisi seperti itu dapat menyebabkan seseorang meninggalkan keyakinan atau aspirasinya, yang mengarah pada pertimbangan bunuh diri sebagai suatu kemungkinan.¹⁷

faktor yang dapat menyebabkan seseorang mempertimbangkan atau terlibat dalam upaya bunuh diri meliputi menghadapi kondisi kesehatan mental, menghadapi pelecehan psikologis, penyalahgunaan zat, ketergantungan

pada alkohol, berjuang melawan masalah kesehatan yang serius, menghadapi tantangan terkait kesejahteraan mental, menghadapi masalah sehari-hari atau krisis kehidupan, dan mengalami kekerasan seksual.¹⁷

e. Isolasi Sosial

Menurut Damayanti (2012), Isolasi sosial mengacu pada situasi di mana seorang individu menghadapi penurunan atau tidak mampu terlibat dengan orang lain di sekitarnya. Adapun menurut Keliat (2011) mencatat bahwa individu mungkin merasa tidak dicintai, tidak diterima, kesepian, dan berjuang untuk membangun hubungan yang signifikan dengan orang lain. Aspek lain dari isolasi sosial adalah kesulitan dalam membangun hubungan yang dekat, penuh kasih sayang, transparan, dan saling bergantung dengan orang-orang di sekitar mereka.¹⁸

Dalam Muhith, A. (2015), Townsend, M.C., 1998 mengidentifikasi tanda dan gejala isolasi sosial berikut :

- 1) Spontanitas berkurang.
- 2) Tidak peduli (tidak menunjukkan minat terhadap lingkungan sekitar).
- 3) Kecerahan wajah berkurang (menunjukkan ekspresi sedih).
- 4) Ekspresi emosi datar.

- 5) Mengabaikan kebersihan dan higiene pribadi.
- 6) Interaksi verbal minimal atau tidak ada.
- 7) Penolakan keterlibatan sosial.
- 8) Menyendiri (tetap menyendiri).
- 9) Kesadaran berkurang terhadap lingkungan.
- 10) Gangguan dalam kebiasaan makan dan minum.
- 11) Tingkat aktivitas fisik menurun.
- 12) Harga diri menurun.¹⁷

f. Harga Diri Rendah

Harga diri merupakan mencerminkan penilaian menyeluruh seseorang terhadap identitasnya sendiri. Harga diri juga dapat disebut sebagai rasa hormat terhadap diri sendiri atau persepsi terhadap diri sendiri. Harga diri memainkan peran penting dalam membentuk karakter seseorang dan memengaruhi sikap serta tindakan manusia. Lebih jauh, harga diri diidentifikasi sebagai salah satu dari lima kebutuhan esensial yang diuraikan oleh Abraham Maslow.¹⁸

Harga diri yang rendah ditandai dengan perasaan tidak berarti, tidak memiliki tujuan, dan penilaian negatif yang berkelanjutan terhadap diri sendiri atau identitas seseorang. Hal ini juga dapat terwujud sebagai penurunan rasa percaya diri, disertai dengan perasaan tidak mampu karena

ketidakmampuan untuk mencapai aspirasi pribadi yang selaras dengan cita-cita seseorang. Harga diri yang rendah selanjutnya dapat digambarkan sebagai persepsi negatif terhadap diri sendiri, yang meliputi penurunan rasa percaya diri. Hal ini sering kali mencakup sensasi gagal memenuhi aspirasi, perasaan tidak berdaya, kurangnya optimisme, dan perasaan putus asa yang berkepanjangan.¹⁷

5. Tanda dan Gejala

Gejala skizofrenia dikategorikan menjadi positif, negatif, atau kognitif. Menurut Halter (2014) menjelaskan tanda dan gejala skizofrenia sebagai berikut :

- a. Gejala positif paling mudah dikenali dan dapat dikategorikan secara sederhana sebagai “perilaku psikotik yang tidak terjadi pada orang sehat”. Gejala-gejala ini termasuk delusi, halusinasi, dan perilaku motorik abnormal dengan tingkat keparahan yang bervariasi. Terdapat gejala psikotik yang muncul, seperti halusinasi, delusi, kebiasaan/perilaku aneh, paranoid, gerakan abnormal, kesalahan dalam berfikir.
- b. Gejala negatif tambahan yang dicurigai, namun gejala-gejala tersebut berhubungan dengan tingkat penderitaan yang tinggi karena dampaknya terhadap perasaan dan perilaku individu. Gejala-gejala negatif yang umum termasuk berkurangnya ekspresi emosi dan kurangnya dorongan.

Pasien juga mungkin mengalami ataksia dan anhedonia. Penting untuk dipahami bahwa gejala negatif mungkin merupakan penyebab utama diagnosis skizofrenia atau mungkin sekunder akibat diagnosis psikosis, pengobatan, atau faktor lingkungan yang menyertainya. Tidak adanya sesuatu yang harus ada contohnya tidak adanya minat dalam merawat diri, tidak ada motivasi, tidak ada kemampuan untuk merasakan kebahagiaan.

- c. Gejala kognitif merupakan klasifikasi skizofrenia terbaru. Gejala-gejala ini tidak spesifik oleh karena itu, gejalanya harus cukup parah agar orang lain dapat menyadarinya. Kemudian gejala kognitif ini meliputi gangguan bicara dan gangguan berpikir yang pada akhirnya memengaruhi kemampuan individu untuk berkomunikasi. Cenderung terjadi perubahan halus dalam memori, perhatian, atau pemikiran. Tidak mampu menentukan keputusan.²⁰

Setiap indikasi memiliki arti penting karena para profesional medis bertujuan untuk membedakan skizofrenia dari berbagai kondisi psikotik lainnya, termasuk gangguan skizoafektif, gangguan depresi yang disertai ciri-ciri psikotik, dan gangguan bipolar dengan ciri-ciri psikotik.²⁰

6. Terapi Skizofrenia

a. Fase Psikosis Akut

Awalnya, gejala serius termasuk halusinasi visual dan pendengaran, delusi dan perilaku gelisah. Waktu fase ini biasanya memakan waktu 4 hingga 8 minggu. Orang sering menunjukkan peningkatan nyata ketika diobati dengan antipsikotik dan benzodiazepin. Bagi mereka yang menunjukkan agitasi tinggi, terapi obat seperti haloperidol, fluphenazine, olanzapine, dan ziprasidone dapat diberikan dengan injeksi intramuskuler dengan cepat untuk mengurangi gejala. Agitasi parah memungkinkan haloperidol digunakan dalam kombinasi dengan diazepam. Sangat penting untuk menghindari kombinasi olanzapine, aripiprazole dan diazepam. Ini karena dapat memperpanjang interval QTC dengan risiko yang signifikan termasuk kematian.

b. Fase Stabilisasi

Dalam tahap pemulihan pasca-akut yang terkendali, pasien masih berisiko mengalami gejala baru jika terjadi syok atau pengobatan dihentikan. Pada tahap ini, dosis dan jenis obat yang sama harus dipertahankan. Tahap ini berlangsung selama 6 bulan setelah pemulihan gejala akut.

c. Fase stabil atau rumatan

Tahap stabil dari obat persisten berada dalam tahap pemulihan. Tujuan pengobatan adalah untuk mencegah kambuhnya penyakit dan meningkatkan kapasitas fungsional pasien. Sekitar 16 hingga 23 persen orang yang terus mengonsumsi obat akan kambuh dalam waktu satu tahun, dibandingkan dengan 53 hingga 72 persen orang yang berhenti mengonsumsi obat. Untuk meningkatkan kepatuhan, penting untuk mendidik pasien dan keluarga, mengurangi efek samping, dan mengarahkan dosis yang ditentukan, seperti infus bulanan jangka panjang. Tujuan pengobatan skizofrenia adalah pemulihan.

Pada penyakit stadium awal, pengobatan dilanjutkan selama 1 hingga 2 tahun. Jika kekambuhan sering terjadi, dianjurkan masa pengobatan minimal 5 tahun. Untuk pasien yang memiliki gejala awal tetapi melakukan perilaku yang merugikan diri sendiri atau orang lain, pemantauan pengobatan yang berkelanjutan mungkin diperlukan untuk jangka waktu yang lama, bahkan seumur hidup.²¹

B. Tinjauan Tentang *Readmission*

1. Pengertian *Readmission*

Radmission atau rawat inap ulang mengacu pada kembalinya pasien ke rumah sakit secara tidak terduga dalam waktu 30 hari setelah keluar dari perawatan sebelumnya. Faktor-faktor yang menyebabkan penerimaan kembali meliputi kontinuitas perawatan yang tidak memadai selama dan setelah perawatan, di samping keterampilan yang tidak memadai di antara pasien dan pengasuh dalam menangani persiapan pemulangan.²²

Readmission mengacu pada proses di mana seorang pasien, setelah dipulangkan dari rumah sakit, kembali untuk menjalani perawatan tambahan. Istilah re-hospitalisasi, menggambarkan kejadian seorang pasien yang telah menjalani perawatan rawat inap di sebuah fasilitas rumah sakit kemudian kembali dirawat di rumah sakit tersebut. Frekuensi readmisi berfungsi sebagai indikator standar perawatan yang diberikan kepada pasien di dalam sebuah institusi medis. Selain itu, readmisi dapat menimbulkan tantangan yang signifikan bagi rumah sakit dan pasien rawat inap saat ini karena potensi peningkatan biaya.²³

Pasien yang kembali dirawat di rumah sakit dapat terjadi karena kesehatan pasien yang memburuk setelah keluar dari

fasilitas. Penurunan ini dapat disebabkan oleh penanganan gejala yang tidak memadai, kebingungan mengenai proses perawatan, atau tidak tersedianya layanan dan perawatan yang sesuai.²⁴

2. Alasan Jangka Kurung Waktu 30 Hari

Mengevaluasi tingkat penerimaan kembali pasien karena alasan apa pun memerlukan jangka waktu yang menawarkan evaluasi menyeluruh terhadap kualitas perawatan rumah sakit. Pengembangan ukuran telah ditetapkan untuk mengidentifikasi semua penerimaan kembali pasien yang tidak direncanakan yang terjadi dalam waktu 30 hari pasca-keluar. Standar waktu 30 hari ini diakui sebagai norma untuk melacak kemajuan, penyesuaian risiko yang sesuai, dan spesifikasi yang jelas. Penerimaan kembali pasien yang dijadwalkan tidak termasuk dalam standar waktu 30 hari, karena tidak mencerminkan kualitas perawatan yang diberikan.²⁵

Alasan jangka waktu 30 hari dianggap wajar dengan beberapa alasan, yaitu:

- a. Kemungkinan pasien kembali dalam waktu 30 hari dipengaruhi oleh perawatan yang mereka terima selama dirawat di rumah sakit dan seberapa baik mereka berpindah ke rawat jalan. Sejumlah upaya penelitian telah menunjukkan bahwa perencanaan pemulangan yang efektif dapat menurunkan tingkat penerimaan kembali pasien

dalam waktu 30 hari. Untuk meminimalkan penerimaan kembali pasien, penting untuk memastikan bahwa pasien siap untuk dipulangkan dari perspektif klinis, mengurangi risiko infeksi, menawarkan pengobatan yang diperlukan, meningkatkan komunikasi antara staf layanan kesehatan yang terlibat dalam pemindahan perawatan, dan memberi tahu pasien tentang gejala yang harus mereka waspadai, siapa yang harus dihubungi, serta waktu dan lokasi untuk perawatan lanjutan.

- b. Periode 30 hari ini sejalan dengan standar penerimaan kembali yang didukung oleh *Forum Kualitas Nasional* (NQF) dan dilaporkan secara publik oleh *Center of Medicare and Medicaid Services* (CMS).²⁴
- c. Selain evaluasi medis, pertimbangkan jangka waktu penerimaan kembali pasien dalam beberapa kasus untuk menilai apakah penerimaan kembali pasien dalam waktu 30 hari berfungsi sebagai indikator kualitas yang kuat. Tren kejadian penerimaan kembali pasien dari waktu ke waktu menunjukkan pola yang sangat mirip di antara berbagai kelompok status pemulangan. Secara umum, tren ini merata dalam waktu 30 hari setelah pemulangan dari rumah sakit, yang berarti bahwa periode 30 hari merupakan pilihan klinis yang tepat.

3. Penyebab *Readmission*

Center of Medicare and Medicaid Services (CMS) dan *Yale New Haven Health Services Corporation/Center for Outcomes Research and Evaluation (YNHHSC/CORE)* mendefinisikan semua penyebab *readmission* yang tidak direncanakan dan *readmission* yang terkait dengan rawat inap sebelumnya untuk beberapa alasan yaitu :

- a. Dari sudut pandang pasien, dirawat kembali karena alasan apa pun dapat menjadi hasil yang tidak baik dari perawatan mereka. Lebih jauh lagi, kembali ke rumah sakit karena alasan apa pun membuat pasien berisiko mengalami komplikasi yang terkait dengan perawatan di rumah sakit, termasuk kesalahan yang dilakukan oleh penyedia layanan kesehatan.
- b. Tidak mungkin untuk mengidentifikasi secara akurat apakah *readmission* berhubungan dengan rawat inap sebelumnya hanya berdasarkan alasan yang tercatat untuk *readmission* tersebut.
- c. Kisaran *readmission* yang berpotensi dapat dicegah juga mencakup kasus-kasus yang tidak secara eksplisit terkait dengan kategori diagnosis awal, termasuk yang disebabkan oleh kesalahan manajemen pengobatan dan komunikasi yang tidak memadai selama pemulangan.

- d. Semua langkah diterima kembali CMS yang ada melaporkan semua penyebab diterima kembali, memastikan bahwa metode ini selaras dengan ukuran yang ditetapkan.
- e. Studi menunjukkan bahwa inisiatif yang ditujukan untuk mengurangi angka readmisi dapat menurunkan semua penyebab angka rawat inap ulang karena alasan apa pun, daripada hanya berfokus pada angka *readmission* yang terkait dengan kondisi tertentu.

Mengkarakterisasikan hasil sebagai *readmission* karena alasan apa pun dapat memotivasi rumah sakit dan proses pemindahan pasien dari rawat inap ke metode yang berfokus pada satu kondisi. Tujuan dari fase ini bukanlah untuk menghilangkan *readmission* sepenuhnya, tetapi untuk mengevaluasi kinerja rumah sakit dibandingkan dengan harapan berdasarkan hasil rumah sakit lain yang menangani campuran kasus yang sebanding..²⁶

4. Faktor Penyebab *Readmission*

Menurut Catherine J. Ryan, PhD yang dikutip dalam CMS.gov (2020), penyebab *readmisi* dibagi menjadi dua kategori, yaitu yang dapat dicegah dan yang tidak dapat dicegah. Selain itu, beberapa faktor lain yang turut memengaruhi terjadinya *readmisi* mencakup kondisi klinis, perilaku pasien, karakteristik individu pasien, faktor dari penyedia layanan kesehatan, serta

aspek sistem di rumah sakit, termasuk kombinasi dari berbagai faktor tersebut.

Penyebab *readmission* berfokus pada populasi, menurut beberapa peneliti, yaitu Picker et al. (2015) dalam penelitiannya, ditunjukkan bahwa terdapat korelasi yang bermakna secara statistik antara meningkatnya jumlah obat-obatan dan tingkat readmisi. Orang tua dengan usia ≥ 65 tahun atau lebih menghadapi risiko besar untuk berkontribusi pada peningkatan tingkat *readmission* dalam jangka waktu 30 hari, yang menyoroti pentingnya deteksi dini selama perawatan di rumah sakit. Faktor yang memengaruhi tingkat *readmisi* pasien dengan masalah kesehatan mental meliputi demografi sosial (seperti usia, jenis kelamin, latar belakang pendidikan, dan status pekerjaan) dan kepatuhan terhadap perawatan yang diresepkan.²⁶

5. Kategori *Readmission*

a. Direncanakan (*Planned Readmission*)

Seorang pasien dibawa kembali untuk menjalani prosedur yang ditetapkan oleh sistem klasifikasi Klinis, seperti kemoterapi yang sedang berlangsung yang mengharuskan pasien tinggal di rumah sakit. Meskipun beberapa pasien yang kembali dirawat mungkin dijadwalkan karena alasan kesehatan, kejadian ini jarang terjadi, dan tidak ada metode yang dapat diandalkan untuk menentukannya dalam catatan

klaim administratif. Biasanya, pasien yang kembali dirawat karena kemoterapi yang sedang berlangsung diatur terlebih dahulu.

b. Tidak Direncanakan

Readmission tak terjadwal mengacu pada insiden atau masalah medis mendadak yang dialami pasien yang memerlukan manajemen rumah sakit segera. Meningkatnya kasus *readmisi* tak terjadwal dapat menandakan penurunan kualitas perawatan dan menjadi standar utama untuk menilai standar perawatan sebagai bagian dari inisiatif yang bertujuan meningkatkan kualitas perawatan. Membedakan *readmisi* sebagai akut atau non-akut melibatkan analisis kondisi kesehatan yang mendasarinya.

c. Dapat dicegah (*Preventable*)

Menurut Catherine J. Ryan, PhD seorang professor klinis, perguruan tinggi keperawatan di Chicago Salah satu metode untuk mengklasifikasikan penerimaan kembali adalah sebagai dapat dihindari atau tidak dapat dihindari.²⁶

Readmission pada pasien dengan masalah kesehatan mental menunjukkan kondisi di mana pasien yang pernah menerima perawatan di fasilitas psikiatrik diterima lagi di fasilitas yang sama atau fasilitas lain dalam jangka waktu tertentu. Kondisi seringkali menjadi indikator keberhasilan pengobatan dan

pengelolaan penyakit mental. *Readmission* pada pasien jiwa umumnya dikategorikan berdasarkan rentang waktu antara keluar dan masuk kembali di rumah sakit. Berikut penjelasan masing-masing kategori sebagai berikut :

a. Kategori I: ≤ 10 hari

Readmission dalam waktu ≤ 10 hari pasien kembali dirawat dalam waktu yang sangat singkat setelah keluar dari rumah sakit. Kemungkinan besar disebabkan oleh kondisi medis yang tidak teratasi sepenuhnya saat keluar, atau adanya krisis akut yang tidak dapat ditangani di luar rumah sakit dan menunjukkan kekambuhan gejala yang cepat atau pengobatan yang belum efektif.

b. Kategori II: 11-15 hari

Readmission dalam waktu 11-15 hari pasien kembali dirawat dalam waktu yang relatif singkat setelah keluar dari rumah sakit. Penyebab kemungkinan disebabkan oleh kurangnya dukungan sosial, kesulitan dalam mengelola pengobatan, atau adanya faktor pencetus yang memicu kekambuhan dan menunjukkan kekambuhan gejala yang sedang atau pengobatan yang memerlukan penyesuaian.

c. Kategori III: 16-30 hari

Readmission dalam waktu 16-30 hari pasien kembali dirawat dalam waktu 1 bulan setelah keluar dari rumah sakit.

Kemungkinan disebabkan oleh kombinasi beberapa faktor, seperti kurangnya kpatuhan terhadap pengobatan, masalah sosial, dan kurangnya dukungan keluarga. Sehingga menunjukkan kekambuhan gejala yang berat atau pengobatan yang memerlukan evaluasi ulang.

d. Kategori IV: > 30 hari

Readmission setelah lebih dari 30 hari pasien kembali dirawat lebih dari satu bulan setelah keluar dari rumah sakit. Kemungkinan disebabkan oleh faktor yang lebih kompleks, seperti gangguan kepribadian yang berat, ketergantungan zat, atau kondisi medis yang komplikasi. Sehingga menunjukkan kekambuhan gejala yang sangat berat atau pengobatan yang memerlukan perubahan signifikan.

C. Tinjauan Tentang *Discharge Planning*

1. Pengertian *Discharge Planning*

Discharge Planning juga dikenal sebagai perencanaan pulang, berfungsi sebagai suatu sistem pemberian layanan keperawatan, yang memberikan perincian tentang kebutuhan perawatan kesehatan setelah individu tersebut tiba kembali di tempat tinggalnya, melaksanakan evaluasi, dan mengawasi pengelolaan diri setelah orang tersebut kembali ke rumah.²⁷ Perencanaan pulang adalah proses mempersiapkan pasien untuk melanjutkan pengobatan di rumah atau di komunitas di luar

rumah sakit.²⁸

Perencanaan untuk pemulangan pasien harus dimulai sejak awal proses. Ini sesuai dengan pernyataan dari *The Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organization* (JCAHO) sasaran utamanya adalah memastikan bahwa pasien pada tingkat perawatan akut dipulangkan tanpa penundaan yang tidak perlu, dengan perencanaan pemulangan dimulai sedini mungkin untuk menilai kebutuhan aktivitas. Perencanaan pemulangan yang dilaksanakan dengan buruk dapat memengaruhi transisi pasien dari rumah sakit setelah perawatan, yang mengakibatkan pasien menanggung biaya yang terkait dengan perawatan di rumah sakit. Jika pasien memerlukan perawatan di rumah, panduan kesehatan, atau dukungan masyarakat tetapi tidak menerima bantuan dari perawat rumah sakit sebelum dipulangkan, hal itu dapat menyebabkan kunjungan kembali ke rumah sakit untuk perawatan lebih lanjut..²⁹

2. Alasan Pentingnya *Discharge Planning*

Perencanaan pemulangan pasien ini sangat penting dan dibutuhkan oleh pasien. Dokumentasi perencanaan pemulangan pasien akan membantu semua pihak yang terlibat dalam perawatan klien dan klien itu sendiri, selain memberikan pemahaman dan harapan yang jelas tentang rencana tindakan termasuk harapan untuk kembali ke rumah kepada pasien. Tanpa

adanya rencana pemulangan bagi pasien, akan memungkinkan timbulnya keraguan dalam peran dan harapan pemberi layanan. Selain itu, akan mempengaruhi motivasi klien untuk terlibat aktif dalam pelaksanaan perawatan. Alasan penting lainnya untuk perencanaan pemulangan adalah karena dapat meningkatkan kesehatan pasien secara signifikan saat pemulangan, selain mengurangi biaya perawatan kesehatan.²⁷

3. Tujuan *Discharge Planning*

Perencanaan pulang (*Discharge Planning*) melibatkan pendekatan metodis untuk mengevaluasi, mengatur, dan menyelaraskan fasilitas medis saat ini atau yang ditunjuk sambil juga berkolaborasi dengan layanan dukungan lokal sebelum dan setelah pemindahan atau pelepasan pasien dari institusi medis.³⁰ *Discharge planning* dimulai segera setelah pasien memasuki fasilitas perawatan kesehatan, yang bertujuan untuk meminimalkan durasi tinggal mereka.³¹

Kemudian yang dinyatakan oleh Swanburg, tujuan dari perencanaan pemulangan pasien meliputi hal-hal yaitu, membuat strategi antisipasi dan catatan yang mengurangi kemungkinan penolakan asuransi kesehatan; mengurangi kemungkinan kambuhnya penyakit dan akhirnya rawat inap ulang di rumah sakit atau kunjungan yang tidak diinginkan ke unit gawat darurat, kecuali untuk diagnosis tertentu; menjamin keterlibatan

profesional perawatan kesehatan yang tepat, memaksimalkan sumber daya dan layanan, serta mencegah tumpang tindih layanan; membantu pasien memahami kebutuhan perawatan dan biaya medis mereka setelah meninggalkan rumah sakit; dan mengamankan sumber daya masyarakat yang dapat diakses.²⁹

4. Manfaat *Discharge Planning*

Menurut Spath (2003) dalam Nursalam & Efendi (2008:229), mengatakan discharge planning atau perencanaan pulang mempunyai manfaat yaitu :

- a. Dapat menciptakan peluang untuk meningkatkan upaya edukasi bagi pasien yang memulai saat mereka dirawat di rumah sakit.
- b. Dapat memberikan tindak lanjut secara sistematis yang digunakan untuk menjamin kontinuitas perawatan pasien
- c. Mengevaluasi pengaruh intervensi yang direncanakan memengaruhi proses penyembuhan pasien dan mengenali setiap hambatan atau perlunya dukungan tambahan dari perawat dan keluarga.
- d. Mendukung pasien dalam memperoleh otonomi dan kesiapan untuk mengelola tugas perawatan di rumah.²⁷

BAB III

KERANGKA KONSEP

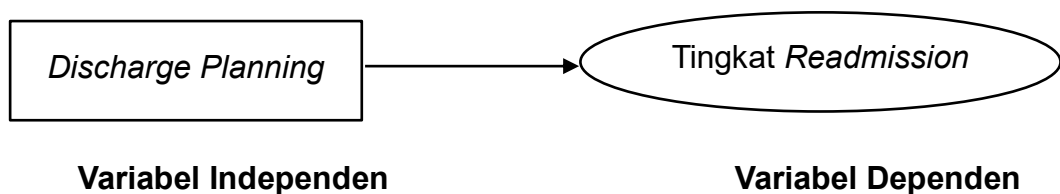
A. Dasar Pemikiran Variabel yang Diteliti

Discharge Planning merupakan suatu proses yang dimulai ketika pasien mulai mendapatkan pelayanan medis, lalu dilanjutkan dengan perawatan lanjutan yang mendukung proses pemulihan dan pemeliharaan kesehatan pasien hingga ia merasa siap untuk kembali ke lingkungan tempat tinggalnya. Proses perencanaan pemulangan ini mencakup langkah-langkah formal yang melibatkan tim atau individu yang bertanggung jawab atas pengelolaan perpindahan pasien dari satu layanan atau unit perawatan ke layanan lainnya.³²

Readmission merupakan peristiwa ketika pasien kembali dirawat di rumah sakit setelah sebelumnya menerima layanan perawatan inap. Kejadian ini sering dijadikan indikator untuk menilai kualitas pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit kepada pasien.¹¹ Gangguan jiwa termasuk jenis gangguan yang memiliki tingkat rawat inap ulang (*readmission*) yang cukup tinggi, khususnya pada pasien dengan diagnosis skizofrenia. *Readmission* ini terjadi ketika pasien kembali dirawat di rumah sakit dengan diagnosis yang sama dalam kurun waktu 30 hari setelah sebelumnya dinyatakan pulang.³³

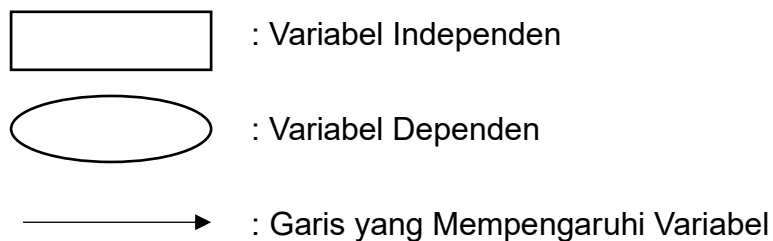
B. Kerangka Konsep

Berdasarkan landasan teori yang telah diuraikan pada tinjauan pustaka, maka kerangka konsep pada penelitian ini terdiri dari variabel independen dan dependen, dimana variabel independen adalah *discharge planning*, sedangkan variabel dependen adalah tingkat readmission. Dapat dilihat pada gambar bagan di bawah ini:



Gambar 3.1 Bagan Kerangka Konsep

Keterangan:



C. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

1. Pelaksanaan *Discharge Planning*

Dalam penelitian ini, pelaksanaan *discharge planning* dinilai melalui peran perawat dalam mempersiapkan pasien skizofrenia dan keluarganya untuk kembali ke rumah. Rencana pemulangan yang disampaikan perawat kepada keluarga pasien harus mencakup informasi penting yang perlu diketahui dan diikuti pasien, seperti pengobatan, tanda-tanda bahaya, perawatan di rumah, dan

layanan lanjutan. Penilaian dilakukan menggunakan kuesioner berisi 18 item terkait pelaksanaan discharge planning

Kriteria Objektif :

Skore 1 : Jawaban “Ya”

Skor 0 : jawaban “Tidak”

Dikatakan :

Sangat Baik (SB) = 86 – 100%

Baik (B) = 75 – 85 %

Cukup (C) = 56 – 74%

Kurang (K) = $\leq 55\%$

2. Tingkat *Readmission*

Tingkat *readmission* dalam penelitian ini merujuk pada kejadian pasien kembali menjalani rawat inap setelah sebelumnya mendapat perawatan di rumah sakit. Penilaian terhadap tingkat *readmission* dilakukan menggunakan lembar observasi *readmission*. Pengukuran penilaian tingkat *readmission* dengan menggunakan lembar observasi *readmission*.

Kriteria objektif sebagai berikut :

Kategori I ≤ 10 hari

Kategori II 11 – 15 hari

Kategori III 16 - 30 hari

Kategori IV > 30 hari

D. Hipotesis

Hipotesis merupakan dugaan sementara terhadap rumusan masalah dalam suatu penelitian, yang disusun berdasarkan teori yang relevan dan logika berpikir, namun belum didukung oleh fakta empiris. Hipotesis ini menyatakan bahwa prediksi mengenai hubungan antar variabel dapat diuji secara empiris, sehingga variabel-variabel tersebut dapat dioperasionalisasikan dan dianalisis berdasarkan data yang dikumpulkan.³⁴

Hipotesis dalam penelitian ini pengaruh *discharge planning* terhadap tingkat *readmission* pada pasien skizofrenia di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan.

1. H_a = Ada pengaruh *discharge planning* terhadap tingkat *readmission* pada pasien skizofrenia di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan.

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain penelitian observasional analitik, yang mengadopsi rancangan penelitian *cross sectional study*. Penelitian ini bertujuan untuk mempelajari dinamika pengaruh antara faktor risiko (*discharge planning*) dan dampaknya (tingkat *readmission*) melalui pendekatan observasional dan pengumpulan data.

B. Lokasi dan Waktu

1. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di 3 ruang rawat inap yaitu ruang perawatan Nyiur, Plam, dan Sawit, di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan.

2. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan 14 Februari 2025 sampai 14 Maret 2025.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini terdiri dari keluarga atau penanggung jawab pasien skizofrenia yang menerima *discharge planning* di 3 ruang rawat inap, yaitu ruang perawatan Nyiur, Plam, dan Sawit, di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan. Adapun jumlah populasinya adalah 107 orang.

2. Sampel

Sampel merupakan bagian dari populasi penelitian atau representasi dari seluruh populasi yang dapat digunakan sebagai subjek dalam penelitian melalui metode sampling.³⁵ Penentuan besar sampel dalam penelitian ini menggunakan pendekatan Gay, Mills dan Airasian yang menyarankan bahwa untuk penelitian korelasional, yang bertujuan untuk melihat hubungan antara dua atau lebih variabel, jumlah minimum sampel yang dapat diterima adalah 30 responden. Ini karena uji statistik korelasi seperti Pearson membutuhkan distribusi data yang cukup stabil, dan ukuran sampel 30 dianggap cukup untuk mencapai distribusi yang mendekati normal berdasarkan prinsip *Central Limit Theorem*.³⁶

Pada penelitian ini, peneliti memilih sampel minimal 34 responden yang akan diteliti menggunakan teknik *consecutive sampling*. Pemilihan sampel dengan metode *consecutive* (berurutan) melibatkan inklusi subjek berdasarkan kriteria penelitian secara berurutan hingga jumlah yang diperlukan terpenuhi dalam kurun waktu tertentu. Jenis *Sampling* ini termasuk dalam kategori *nonprobability Sampling* yang dianggap efektif dan relatif mudah diterapkan.³⁷

Dalam penelitian ini, sampel yang diambil berdasarkan kriteria :

a. Kriteria inklusi (kriteria yang layak diteliti) dalam penelitian ini adalah:

- 1) Keluarga/ penanggung jawab pasien yang bersedia menjadi responden
- 2) Keluarga/ penanggung jawab dari pasien skizofrenia yang pernah dirawat inap sebelumnya
- 3) Pasien yang berada di ruang rawat inap RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan
- 4) Pasien masuk kembali lebih dari 3 kali di RSKD dadi Provinsi Sulawesi Selatan

b. Kriteria eksklusi (kriteria yang tidak layak diteliti) dalam penelitian ini adalah:

- 1) Keluarga/penanggung jawab pasien skizofrenia yang menerima *discharge planning* dengan status pemulangan APS, rujuk, atau meninggal dunia.
- 2) Keluarga/ penanggung jawab tidak kooperatif pada penelitian.

E. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat yang digunakan untuk mengumpulkan data dari objek penelitian. Dalam penelitian kuantitatif, instrumen memiliki peran yang sangat penting, karena pemilihan

instrumen yang tepat dapat memastikan pengukuran variabel yang akan diamati oleh peneliti dilakukan dengan akurat.³⁵

Instrumen dalam penelitian ini ialah :

1. Kuesioner Pelaksanaan *Discharge Planning*

Kuesioner pelaksanaan *discharge planning* diisi oleh keluarga/penanggung jawab pasien dan terdiri dari 18 item pertanyaan. Penilaian dilakukan dengan memberikan skor 1 untuk jawaban "ya" dan skor 0 untuk jawaban "tidak". Hasil penilaian kemudian diinterpretasikan ke dalam beberapa kategori, yaitu sangat baik (SB) = 86-100%, baik (B) = 75-85%, cukup (C) = 56-74%, dan kurang (K) = $\leq 55\%$.

2. Lembar Observasi *Readmission*

Untuk mengukur variabel *readmission*, peneliti menggunakan dengan lembar observasi guna menilai kejadian rawat inap ulang pada pasien skizofrenia di RSKD Kota Makassar. *Readmission* diklasifikasikan ke dalam empat kategori berdasarkan rentang waktu, yaitu: Kategori I ≤ 10 hari, Kategori II antara 11–15 hari, Kategori III antara 16–30 hari, dan Kategori IV lebih dari 30 hari.³⁸

F. Pengumpulan Data

1. Data Primer

Data primer adalah data atau informasi yang diperoleh langsung oleh peneliti dari sumber utamanya, yaitu para responden. Dalam penelitian ini, pengumpulan data dilakukan

melalui kuesioner, wawancara, dan observasi. Sebelum mengikuti wawancara dan mengisi kuesioner, responden terlebih dahulu diminta untuk mengisi *informed consent* atau lembar persetujuan sebagai tanda kesediaan berpartisipasi dalam penelitian.

2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data atau informasi yang didapatkan dari sumber tidak langsung atau pihak lain. Dalam penelitian ini, data sekunder diperoleh dari buku, jurnal, serta data dari rumah sakit yang relevan dan dapat memperkuat hasil penelitian.

3. Teknik Pengumpulan Data

- a. Mengidentifikasi tempat penelitian dan populasi target
- b. Peneliti mengajukan surat permohonan izin untuk melaksanakan penelitian di Rumah Sakit Khusus Daerah (RSKD) Dadi Provinsi Sulawesi Selatan.
- c. Setelah memperoleh izin dari RSKD Dadi, peneliti akan melakukan pendekatan kepada calon responden dengan menjelaskan tujuan dan maksud penelitian. Jika ada calon responden yang menolak, peneliti akan menghargai keputusan tersebut.
- d. Setelah calon responden memahami penjelasan, peneliti akan meminta persetujuan mereka untuk berpartisipasi dengan memberikan lembar persetujuan (*informed consent*) yang harus ditandatangani oleh responden.

- e. Pengumpulan data dilakukan dengan cara membagikan kuesioner kepada responden.
- f. Sebelum responden mengisi kuesioner, peneliti terlebih dahulu memberikan penjelasan mengenai cara pengisian. Kuesioner tersebut memuat sejumlah pernyataan yang harus dijawab oleh responden
- g. Setelah kuesioner selesai diisi, peneliti mengumpulkan dan memeriksa kembali kuesioner untuk memastikan kelengkapan isian.
- h. Informasi mengenai *readmission* diperoleh dari daftar kunjungan rawat inap selama 30 hari ke depan.
- i. Seluruh data yang terkumpul akan diolah dan dianalisis untuk keperluan penelitian.

G. Pengelolaan dan Analisa Data

1. Pengelolaan Data

a. *Editing*

Editing adalah proses untuk memverifikasi keakuratan data yang telah dikumpulkan. Pada tahap ini, dilakukan pengecekan terhadap kelengkapan dan konsistensi data, baik sebelum maupun sesudah pelaksanaan terapi aktivitas kelompok stimulasi kognitif.

b. *Coding*

Coding adalah proses pemberian kode berupa angka pada data yang memiliki beberapa kategori. Pemberian kode numerik ini diperlukan untuk mempermudah proses pengolahan dan analisis data.

c. *Scoring*

Scoring (pemberian skor) adalah proses penentuan nilai berdasarkan jawaban yang dipilih oleh responden, guna mempermudah proses perhitungan dan analisis data.

d. *Tabulating*

Tabulating adalah proses menyusun data ke dalam bentuk tabel sesuai dengan tujuan penelitian atau kebutuhan peneliti.

e. *Cleaning*

Cleaning dalam penelitian ini merupakan proses pembersihan data yang telah dikumpulkan, dengan cara meninjau kembali variabel-variabel penelitian untuk memastikan keakuratan dan kelengkapan data. Data yang telah diperoleh akan diperiksa ulang guna mengidentifikasi dan memperbaiki kekurangan yang ada.

2. Analisa Data

Analisis data yang dimaksudkan dalam penelitian ini adalah untuk menilai persentase dari masing-masing variabel sebagai berikut:

a. Analisa Univariat

Analisis univariat bertujuan untuk mendeskripsikan masing-masing variabel yang diteliti. Analisis ini digunakan untuk melihat distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan data demografi (umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan hubungan dengan pasien), serta variabel dependen dan independen yang diteliti, sehingga memberikan gambaran yang jelas tentang objek penelitian.

b. Analisa bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui pengaruh antara *discharge planning* dan tingkat *readmission* pada pasien skizofrenia di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan. Penelitian ini menggunakan uji *Chi-Square* untuk menguji hubungan antara variabel independen dan dependen dengan tingkat pemaknaan $p\text{-value} = 0,05$. Jika $p\text{-value} \leq 0,05$, maka H_a diterima dan H_o ditolak, sedangkan jika $p\text{-value} > 0,05$, maka H_o diterima dan H_a ditolak.

H. Aspek Etik Penelitian

Masalah etika penelitian keperawatan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian keperawatan merupakan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus diperhatikan. Penelitian ini telah mendapatkan

persetujuan dari KEPK UMI dengan No. 072/A.1/KEP-UMI/I/2024 masalah etik yang perlu diperhatikan sebagai berikut :

1. *Informed consent* (Lembar persetujuan)

Informed consent adalah bentuk persetujuan yang diberikan oleh responden kepada peneliti, yang dilakukan dengan menandatangani lembar persetujuan untuk berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian.

2. *Anonymity* (Tanpa Nama)

Anonymity adalah jaminan perlindungan terhadap subjek penelitian dengan cara tidak mencantumkan nama responden pada instrumen pengukuran, melainkan hanya menggunakan kode untuk mengidentifikasi responden dalam pengumpulan data.

3. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Masalah ini berkaitan dengan etika, yang melibatkan pemberian jaminan kerahasiaan terhadap hasil penelitian serta perlindungan privasi responden, termasuk informasi pribadi dan hal-hal lain yang relevan. Semua data yang telah dikumpulkan akan dijaga kerahasiaannya oleh peneliti, dan hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan dalam hasil penelitian.

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 M².

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 bekerja	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

<i>Discharge Planning</i>	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 *Readmission* di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan

<i>Readmission</i>	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	
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) yang 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 keluarga 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 bekerja 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 operasional 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. Berdasarkan 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 berujung pada perawatan ulang di rumah sakit. Hal ini bisa disebabkan oleh berbagai faktor seperti ketidakpatuhan terhadap pengobatan, kurangnya dukungan keluarga, maupun tidak optimalnya 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 menunjukkan 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 memicu dalam jangka panjang dapat memicu kekambuhan, apalagi jika tidak ada pendampingan psikologis; 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 keluarga 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 pemberian nomor kontak keluarga pasien, sehingga membatasi akses penelitian dalam menghubungi dan mewawancarai keluarga secara langsung.

BAB VI

KESIMPULAN

A. Kesimpulan

1. Adanya gambaran pelaksanaan *discharge planning* yang mana dari hasil pembahasan di atas menunjukkan ada 34 responden didapatkan pelaksanaan *discharge planning* yang paling banyak adalah kategori baik di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan
2. Adanya gambaran kejadian *readmission* pasien skizofrenia yang mana hasil pembahasan di atas menunjukkan bahwa pasien skizofrenia paling banyak adalah kategori IV yang mana <1 bulan yang mengalami *readmission* pada pasien skizofrenia di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan
3. Terdapat pengaruh, yang dibuktikan dengan uji *Chi-Square* didapatkan *p-value* sebesar 0.004 (<0.05) yang menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan antara *discharge planning* terhadap tingkat *readmission* pada pasien skizofrenia di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan.

B. Saran

Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh, saran yang dapat diajukan antara lain:

1. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan penelitian ini dapat dijadikan langkah awal dalam memberikan gambaran ataupun informasi yang dapat digunakan sebagai bahan tambahan untuk memperkaya pengetahuan tentang *discharge planning* terhadap tingkat *readmission* pada pasien skizofrenia

2. Bagi Perawat di Rumah Sakit

Diharapkan penelitian ini perawat di ruang bangsal diharapkan mengoptimalkan *discharge planning* dengan melibatkan pasien dan keluarga, memberikan edukasi tentang pengobatan, serta berkoordinasi dengan layanan kesehatan di komunitas guna menurunkan risiko kekambuhan dan readmisi pasien skizofrenia.

DAFTAR PUSTAKA

1. Syahputra Edi, Rochadi Kintoro, Amidos Pardede Jek, Nababan Donal, inaTarigan Frida. Determinan Peningkatan Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) Di Kota Langsa. <https://jurnal.uui.ac.id/index.php/JHTM/article/view/1712>. 2022;7.
2. World Health Organization. Schizophrenia. 2022. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
3. Esmaeili AA, Saeidi A, Mohammadi Y, Raeisoon M. The effect of group psychological training on the attitude of family caregivers of patients with schizophrenia. *Heliyon*. 2022;8(7). doi:10.1016/j.heliyon.2022.e09817
4. Liza Munira Syarifah, Puspasari Dwi. *Survei Kesehatan Indonesia (SKI) Dalam Angka*.; 2023.
5. Ajuan Ona, Maria Lilla, Susanti Nanik. Metode Literature Review: Keefektifan Pemberian Terapi Guided Imagery Untuk Mengurangi Tingkat Kecemasan Pada Pasien Gangguan Jiwa Skizofrenia . <https://www.ojsstikesbanyuwangi.com/index.php/PHJ> Ajuan. 2022;4:1-9.
6. Istianah Nia, Damayanti Rita. Telehealth terhadap Pencegahan Readmisi Rawat Inap Pasien: Tinjauan Sistematis. <https://doi.org/1056338/mppki.v6i114034> . 2023;6.
7. Nurhayati Hidayah, Dyah Vitri, Alam Fajar. Hubungan Discharge Planning Terintegrasi Dengan Readmission Pasien Halusinasi Di RSJD Surakarta. <https://jurnal.usahidsolo.ac.id/index.php/SENRIABDI/article/view/1613/1130>. 2023;3:346-354.
8. Triwijayanti Renny, Rahmania Annisa. Faktor Yang Memberikan Impact Pada Angka Readmission Terhadap Pelaksanaan Discharge Planning Stroke. <https://doi.org/1031539/jks.v5i23003> . 2022;5.
9. Hartini Dina, Evelyn Grace. Sosialisasi Discharge Planning Perawat Rawat Inap Di RSUD Karawang. <https://bajangjournal.com/index.php/J-ABDI/article/view/6953>. 2021;1.
10. Irpan Tanjung Arif, Neherta Meri, Sarfika Rika. *Penyebab Kekambuhan Pada Pasien Skizofrenia*. CV.Adanu Abimata; 2023.

11. Mayasari Indah, Haskas Yusran, Jamaluddin Maryam. Hubungan Kontrol Glikemik Dan Kepatuhan Pengobatan Dengan Kejadian Hospital Readmission Pada Pasien Diabetes Mellitus. <https://doi.org/1035892/jimpk.v1i6689>. 2022;1.
12. Rumah Sakit Khusus Daerah Dadi Provinsi Sulawesi Selatan. *Rekapitulasi Diagnosa Keperawatan*.; 2024.
13. Surya Yudhantara D, Istiqomah Ratri. *Sinopsis Skizofrenia Untuk Mahasiswa Kedokteran*. UB Press; 2018.
14. Hany Manassa, Rehman Baryiah, Rizvi Abid, Chapman Jennifer. Skizofrenia. National Library of Medicine.
15. Riyadhi Aarsal Fathur. Legitimasi Al-Qur'an tentang Konsep Kesehatan Mental. <https://doi.org/1024090/maghza.v8i29632>. Published online 2023.
16. Freska Windy. *Dampak Stigma Terhadap Kualitas Hidup Penderita Skizofrenia*. CV. Mitra Edukasi Negeri; 2023.
17. Gasper Ivonne A.V., Laoh Joice Mermy, Kristina, et al. *Bunga Rampai Keperawatan Jiwa*. (Waode Syahrani Hajri, Rahmawati, eds.). PT MEDIA PUSTAKA INDO ; 2023.
18. Muhammad Risal, Antonia Helena Hamu, Wulida Litaqia, et al. *Ilmu Keperawatan Jiwa*. (Arif Munandar, ed.). Media Sains Indonesia; 2022.
19. Tim Pokja SDKI DPP PPNI. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. DPP PPNI; 2017.
20. R. Patel Krishna, Cherian Jessica, Gohil Kunj, Atkinson Dylan. Schizophrenia: Overview and Treatment Options. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25210417/>. Published online 2020.
21. Fitrikasari Alifiati, Kartikasari Linda. *Buku Ajar Skizofrenia*. (Novalia Kuntardjo, ed.); 2022.
22. Jumatul Laely Anna, Marwati Eni. Studi Kualitatif: Penyebab Readmisi Pasien Stroke. <http://download.garuda.kemdikbud.go.id/article.php?article=3082716&val=14646&title=Prediksi%20Faktor%20Penyebab%20Readmisi%20Pasien%20Stroke%20Studi%20Kualitatif>. Published online 2022.
23. Susanto Edy, Garmelia Elise. Tinjauan Angka Rawat Ulang Dalam Mendukung Legalitas Perawatan Rumah Sakit di Era JKN. <https://doi.org/1033560/jmiki.v9i1322>. Published online 2021.

24. Rochfika. *Percutaneous Coronary Intervention*. (Carsel Saymasunie, ed.); 2019.
25. Laundu Kartini. Evaluasi Faktor Penyebab 30-Days Hospital Readmission Rates Pada Penyakit Tuberkulosis Paru Dan Diabetes Melitus Di Rsud Ampana. https://repository.unhas.ac.id/id/eprint/1095/2/R011181707_skripsi_%20%20%201-2.pdf. Published online 2020.
26. Hidayat Fitri. Analisa Faktor Yang Mempengaruhi Readmisi Pada Pasien Stroke Di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. <https://repository.ubs-ppni.ac.id/handle/123456789/2879>. Published online 2024.
27. Rofi'i Muhammad. *Discharge Planning Pada Pasien Di Rumah Sakit.*; 2019.
28. Negeo Putra Fetreo. Manfaat Discharge Planning Pada Pasien CVA Infark : A Systematic Review. <http://www.forikes-ejournal.com/ojs-246/index.php/SF/article/view/933>. Published online 2021.
29. Rosya Ernalinda, Sesrianty Vera, Kairan Anita. *Discharge Planning (Perencanaan Pasien Pulang) Di Rumah Sakit.*; 2020.
30. Ganda Saputra Muhamad, Vica R Nahardian, Kusdiana Ari, Rateh Nali. Hubungan Pengetahuan Perawat Tentang Discharge Planningdengan Pelaksanaan Discharge Planning : Literature Review. <https://www.jurnal.umla.ac.id/index.php/JOHC/article/view/204>. 2020;2.
31. Bhute Bonevasius, Debora Ratu Ludji Ina, Weraman Pius. Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Perawat Dengan Pelaksanaan Discharge Planning Pasien Di Rsud Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang. <https://pergizipanganntt.id/ejpazih/index.php/filejurnal/article/view/51>. Published online 2020.
32. Maryani Lidya, Anggreny Yecy, Rohita Tita, et al. *Buku Ajar Kepemimpinan Ddan Manajemen Keperawatan (Berdasarkan Kurikulum Pendidikan Ners Indonesia Tahun 2021)*. (Sihombing Ferdinan, ed.). PENERBIT CV.EUREKA MEDIA AKSARA ; 2021.
33. Wulandari Lieska, Harjanti. Analisis Angka Kejadian Readmission Kasus Skizofrenia. <https://doi.org/1033560/jmiki.v6i2203>. Published online 2020.

34. Abdullah Karimuddin, Jannah Misbahul, Aiman Ummul, et al. *Metodologi Penelitian Kuantitatif*. (Saputra Nanda, ed.). Yayasan Penerbit Muhammad Zaini; 2012.
35. Abdullah Karimuddin, Jannah Misbahul, Aiman Ummul, et al. *Metodologi Penelitian Kuantitatif*. In: Nanda Saputra, ed. ; 2022.
36. Wardhana A. *Populasi Dan Sampel*.; 2023. <https://www.researchgate.net/publication/382060682>
37. Sembiring Tamaulina Br., Irmawati, Sabir Muhammad, Tjahyadi Indra. *Buku Ajar Metodologi Penelitian (Teori dan Praktik)*. Published online 2023.
38. Rusady R. Maya Amiarny. Analisis dan Pengembangan Mekanisme Penyesuaian Pembayaran INA CBGs Berdasarkan Parameter Risiko Readmisi. <https://fkm.ui.ac.id/doktor-fkm-ui-teliti-analisis-dan-pengembangan-mekanisme-penyesuaian-pembayaran-ina-cbgs-berdasarkan-parameter-risiko-readmisi/>.
39. Khusnia Rohmatin Yudha, Limantara Sherly, Arifin Syamsul. Gambaran Kecenderungan Depresi Keluarga Pasien Skizofrenia Berdasarkan Karakteristik Demografi Dan Psikososial. <https://ojs.unpkediri.ac.id/index.php/akper/article/view/20096>. 2016;vol.12:239-253.
40. W Santrock John. *Life-Span Development: Perkembangan Masa Hidup* . Edisi 13. Erlangga; 2012.
41. Apriyanto Bagus Sholeh, Wildan Akasyah, Sri Astutik Wahyu Sri. Gambaran Tingkat Stres Caregiver Keluarga Penderita Skizofrenia di Kecamatan Mojo Kabupaten Kediri. <https://ojs.unpkediri.ac.id/index.php/akper/article/view/20096>. Published online 2023.
42. Wendy Wood, Eagly Alice H. A cross-cultural analysis of the behavior of women and men: implications for the origins of sex differences. *101037/0033-29091285699*. Published online 2012:699-727.
43. Suryani, Maria Komariah, Wiwi Karlin. Persepsi Keluarga terhadap Skizofrenia. <https://jkp.fkep.unpad.ac.id/index.php/jkp/article/view/75>. Published online 2014.
44. Soekidjo Notoatmodjo. *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Rineka Cipta; 2014.

45. Faida Annisa. Beban Perawatan Pada Keluarga Dengan Penderita Gangguan Jiwa Di Desa Kebonsari. *105281/zenodo1464337* . Published online 2018:8-12.
46. Made Cintia Prabhawidnyaswari Ni, Putu Edi Darmawan I, Putu Eka Yanti Ni, et al. Hubungan Karakteristik Keluarga terhadap Frekuensi Kekambuhan pada Pasien dengan Skizofrenia . <https://doi.org/1023917/bik.v15i116947>. 2022;vol.1.
47. Rizal Alfackri, Ayu Pratiwi, Sari Rina Puspita. Hubungan Antara Beban Keluarga Dengan Kemampuan Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga Skizofrenia Di Yayasan Dhira Sumantri Wintoha Dan Yayasan Graha Cahaya Medika. www.ejournal.stikes-pertamedika.ac.id/index.php/jnhs. 2022;vol.1.
48. Kumala Hani, Irwanto Irwanto. Dinamika Relasi Keluarga ODS (Orang dengan Skizofrenia) Usia Remaja Berdasarkan Teori Bowen. <https://jurnal.ugm.ac.id/gamajop> . 2021;vol.7:64-82.
49. Gede Ari Wisnawa Dewa, Rahajeng Indah Mei, Emy Darma Yanti Ni Putu. Hubungan Beban Kerja Perawat Dengan Pelaksanaan Discharge Planning Di Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali. <https://www.academia.edu/download/104144171/46505.pdf>. 2022;vol.10.
50. Sulastyawati, Ratnawati Retty, Dwi Windarwat Heni. Pengalaman Perawat Dalam Penerapan Perencanaan Pembuangan Pasien Skizofrenia Di Instalasi Gawat Darurat. <https://ojs.widyagamahusada.ac.id/index.php/JIK/article/download/162/114/>. Published online 2022.
51. FITRIYAH RAHMATUL. Pengembangan Aplikasi Instrumen Discharge Planning Berbasis Teori Transisi Pada Klien Stemi Desain Research And Development. <https://repository.unair.ac.id/135198/>. Published online 2020.
52. Sartika A. Pulungan Zulhaini, Elisabhet Tiveni. Teori dan Model Konseptual Kesehatan/Keperawatan Jiwa yang Relevan dengan Terapi Kelompok. <https://yapindo-cdn.b-cdn.net/article/60798/1728977225726.pdf>. 2021;vol.4:7-14.
53. Wulandari Lieska, Harjanti. Analisis Angka Kejadian Readmission Kasus Skizofrenia. <https://jmiki.apfirmik.or.id/jmiki/article/view/203>. 2018;vol.6.

54. Irawan Erna. Pengaruh Terapi Penerimaan Dan Komitment (Acceptance Dan Commitment Theraphy) Pada Penurunan Nilai Bprs Pada Pasien Dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi. <http://ejournal.bsi.ac.id/ejurnal/index.php/jk/article/view/858>. Published online 2019.
55. Tombokan Maryati, Rahman, Aminah Sitti. *Perencanaan Pulang Dan Peran Serta Keluarga Pasien Perilaku Kekerasan Pasca Perawatan Rumah Sakit.*; 2023.
56. J Schranz Asher, Tak Casey, Wu Li-Tzy, H Chu Vivian, A Wohl David, L Rosen David. The Impact of Discharge Against Medical Advice on Readmission After Opioid Use Disorder-Associated Infective Endocarditis: a National Cohort Study. *101007/s11606-022-07879-6*. Published online 2023:1615-1622.
57. Besana Filippo, Chiara Civardi Serena, Mazzoni Filippo, et al. Factors Contributing to Readmission in Schizophrenia: A Longitudinal Study. *The Journal of Psychiatric Research*. <https://www.mdpi.com/2039-7283/14/4/99>. Published online 2024:1234-1244.
58. Sari Hasmila, Martina, Mutia Farah. Penerapan Discharge Planning Pada Keluarga Dengan Pasien Gangguan Jiwa Di Kota Banda Aceh. <https://journalpress.org/proceeding/ipkji/article/view/8>. Published online 2020.

LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Pengambilan Data Awal



YAYASAN WAKAF UMI
UNIVERSITAS MUSLIM INDONESIA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
KAMPUS II UMI, Jln. Urip Sumoharjo KM 5 Makassar Info - www.fkmumi.ac.id

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Nomor : 2717/B.09/FKM/UMI/X/2024
Lampiran : -
Hal : *Permintaan Data Awal*

16 Oktober 2024 M
13 Rabiul Akhir 1446 H

Kepada yang terhormat
Direktur RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan
Di -
Makassar

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

Dengan rahmat Allah SWT, dalam rangka penyusunan Proposal dan Skripsi dari Mahasiswa :

Nama : Nurhikmah
Stambuk : 14220230078
Program Studi : Keperawatan
Peminatan : MANAJEMEN KEPERAWATAN

Dimohon kiranya yang bersangkutan dapat diberikan rekomendasi untuk melaksanakan pengambilan data awal di :

"RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan"

Data yang Dibutuhkan :

"Hubungan Discharge Planning Terhadap Tingkat Readmission Pada Pasien Skizofrenia Di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan"

Demikian permohonan ini, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

والله ولي التوفيق والهداية



Tembusan :

1. Dekan FKM UMI (sebagai laporan)
2. Arsip



www.fkmumi.ac.id

KESEHATAN MASYARAKAT - ILMU KEPERAWATAN - KEBIDANAN - NERS

"Terwujudnya Fakultas Kesehatan Masyarakat yang Unggul dalam menghasilkan tenaga kesehatan yang berdaya saing dan islami dalam pengembangan ilmu kesehatan masyarakat pada tingkat Nasional tahun 2020"



fkmumiofficial



Fakultas Kesehatan Masyarakat UMI



fkmumiofficial



fkmumiofficial

Lampiran 2 Surat Izin Penelitian



YAYASAN WAKAF UMI
UNIVERSITAS MUSLIM INDONESIA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
KAMPUS II UMI, Jln. Urip Sumoharjo KM 5 Makassar Info - www.fkmumi.ac.id



Nomor : 034/B.09/FKM-UMI/II/2025
Lamp : -
Hal : Permohonan Izin Penelitian

03 Februari 2025 M
04 Sya'ban 1446 H

Kepada Yang Terhormat
Kepala Dinas Penanaman Modal & PTSP Provinsi Sulawesi Selatan
Di
Makassar

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

Dengan Rahmat Allah SWT, dalam rangka penyusunan Skripsi dari mahasiswa:

Nama : Nurhikmah
Stambuk : 14220230078
Program Studi : Keperawatan
Peminatan : Manajemen Keperawatan

Dimohon kiranya yang bersangkutan dapat diberikan izin / rekomendasi untuk melaksanakan Penelitian di:

"RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan"

Judul Penelitian :

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

Demikianlah permohonan ini, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

والله ولي التوفيق والسداد

an Dekan
Wakil Dekan-I Bidang Akademik
Dr. Sundari, SST., MPH.

Tembusan:

1. Dekan FKM UMI (Sebagai laporan)
2. Arsip



www.fkmumi.ac.id

KESEHATAN MASYARAKAT - ILMU KEPERAWATAN - KEBIDANAN - NERS

"Terwujudnya Fakultas Kesehatan Masyarakat yang Unggul dalam menghasilkan tenaga kesehatan yang berdaya saing dan islami dalam pengembangan ilmu kesehatan masyarakat pada tingkat Nasional tahun 2020"



fkmumiofficial



Fakultas Kesehatan Masyarakat UMI



fkmumiofficial



fkmumiofficial

Lampiran 3 Surat Balasan Izin Penelitian PTSP


PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI SELATAN
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
Jl. Bougenville No.5 Telp. (0411) 441077 Fax. (0411) 448936
Website : <http://simap-new.sulselprov.go.id> Email : ptsp@sulselprov.go.id
Makassar 90231

Nomor	: 2717/S.01/PTSP/2025	Kepada Yth.
Lampiran	: -	Direktur Stroke Center RSKD Dadi
Perihal	: <u>Izin penelitian</u>	Kota Makassar

di-
Tempat

Berdasarkan surat Wakil Dekan-I Bidang Akademik Fak. kesehatan Masyarakat UMI Makassar Nomor : 034/B.09/FKM-UMI/II/2025 tanggal 03 Februari 2025 perihal tersebut diatas, mahasiswa/peneliti dibawah ini:

N a m a	: NURHIKMAH
Nomor Pokok	: 14220230078
Program Studi	: Ilmu Keperawatan
Pekerjaan/Lembaga	: Mahasiswa (S1)
Alamat	: Jl. Urip Sumoharjo Km. 5 Makassar

PROVINSI SULAWESI SELATAN

Bermaksud untuk melakukan penelitian di daerah/kantor saudara dalam rangka menyusun SKRIPSI, dengan judul :

" PENGARUH DISCHARGE PLANNING TERHADAP TINGKAT READMISSION PADA PASIEN SKIZOFRENIA DI RSKD DADI PROVINSI SULAWESI SELATAN "

Yang akan dilaksanakan dari : Tgl. **12 Februari s/d 18 Maret 2025**

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, pada prinsipnya kami **menyetujui** kegiatan dimaksud dengan ketentuan yang tertera di belakang surat izin penelitian.

Demikian Surat Keterangan ini diberikan agar dipergunakan sebagaimana mestinya.

Diterbitkan di Makassar
Pada Tanggal 04 Februari 2025

**KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU
SATU PINTU PROVINSI SULAWESI SELATAN**



ASRUL SANI, S.H., M.Si.
Pangkat : PEMBINA TINGKAT I
Nip : 19750321 200312 1 008

Tembusan Yth

1. Wakil Dekan-I Bidang Akademik Fak. kesehatan Masyarakat UMI Makassar di Makassar;
2. *Pertinggal.*

Lampiran 4 Surat Permohonan Etik Penelitian



YAYASAN WAKAF UMI
UNIVERSITAS MUSLIM INDONESIA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
KAMPUS II UMI, Jln. Urip Sumoharjo KM 5 Makassar Info - www.fkmumi.ac.id



Nomor : 2945/B.06/FKM-UMI/XII/2024
Lamp : 1 Berkas Proposal
Hal : Permononan Ethical Clearance

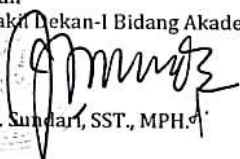
03 Desember 2024 M
01 Jumadil Akhir 1446 H

Kepada Yth.
Ketua Komite Etik Penelitian
di
Makassar

Dengan Hormat,
Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian oleh mahasiswa Program Studi S1 Fakultas Kesehatan Masyarakat (Keperawatan) UMI dengan melakukan tindakan intervensi kepada subyek penelitian, untuk itu kami mengajukan permohonan untuk mendapatkan *Ethical Clearance* dari Komisi Etik Penelitian Atas nama mahasiswa :

Nama : Nurhikmah
Stambuk : 14220230078
Program Studi : Keperawatan
Peminatan : Manajemen Keperawatan
Judul Penelitian : Pengaruh Discharge Planning Terhadap Tingkat Readmission di RKSD Dadi Sulawesi Selatan Provinsi Sulawesi Selatan
Tempat Penelitian : RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan
Subyek Penelitian : Perawat dan Keluarga/Penanggung jawab Pasien Skizofren
Pembimbing Skripsi : Dr. H. Samsualam, SKM., S.Kep., Ns., M.Kes., M.Kep.
Wa Ode Sri Asnaniar, S.Kep., Ns., M.Kes., M.Kep.

Bersama ini kami lampirkan proposal penelitian mahasiswa yang bersangkutan.
Demikian surat permohonan ini kami ajukan, atas perhatian dan bantuannya kami ucapkan terimakasih

An. Dekan
Wakil Dekan-I Bidang Akademik.

Dr. Sundari, SST., MPH.

Tembusan:
1. Dekan FKM UMI (Sebagai laporan)
2. Arsip

www.fkmumi.ac.id

KESEHATAN MASYARAKAT - ILMU KEPERAWATAN - KEBIDANAN - NERS

"Terwujudnya Fakultas Kesehatan Masyarakat yang Unggul dalam menghasilkan tenaga kesehatan yang berdaya saing dan islami dalam pengembangan ilmu kesehatan masyarakat pada tingkat Nasional tahun 2020"



fkmumiofficial



Fakultas Kesehatan Masyarakat UMI



fkmumiofficial



fkmumiofficial

Lampiran 5 Surat Balasan Etik Penelitian



KOMITE ETIK PENELITIAN (KEP)

Universitas Muslim Indonesia

Jalan Urip Sumoharjo Gedung Menara UMI lantai 2

Telp. & Fax. (0411) 428075 Makassar 90231

Website: www.umi.ac.id; Email: upt_kep@umi.ac.id



REKOMENDASI PERSETUJUAN ETIK (*Expedited*)

NOMOR : 072/A.1/KEP-UMI/II/2024

Berdasarkan Pemeriksaan Protokol dan Dokumen yang berhubungan dengan Protokol Penelitian:

Nama Peneliti : Nurhikmah

Judul Penelitian : Pengaruh Discharge Planning Terhadap Tingkat Readmission Pada Pasien

Skizofrenia di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan

Register :

U	M	I	0	1	2	5	0	1	0	2	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Telah di review secara

(*Expedited*) oleh tim reviewer Komite Etik Penelitian UMI dengan

No Versi : 0

No PSP : 0

Berdasarkan hasil pemeriksaan reviewer, maka Pengurus Komite Etik Penelitian UMI memberikan **Persetujuan / Rekomendasi Etik** untuk Pelaksanaan Penelitian tersebut di atas sampai dengan Tanggal **31 Januari 2026**.

Dalam melaksanakan penelitian ini, Peneliti diminta untuk menjaga dan menghormati martabat makhluk hidup (Manusia / Hewan Coba) yang menjadi subyek / responden / informan dalam penelitian ini. Dengan demikian diharapkan masyarakat luas dapat memperoleh manfaat yang baik dari penelitian ini.

Pada akhir penelitian, laporan pelaksanaan penelitian harus diserahkan kepada KEP UMI Makassar. Jika ada perubahan protokol dan atau perpanjangan penelitian, harus mengajukan kembali permohonan kajian etik penelitian (Amandemen Protokol).

Makassar, 31 Januari 2025

Ketua Komite Etik Penelitian (KEP) UMI



Dr. H. Samsulam, Sk.M, Ns.M.Kes, M.Kep

Lampiran 6 Surat Permohonan Menjadi Responden

Surat Permohonan Menjadi Responden

Kepada Yth.

Calon Responden

Di tempat

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini adalah mahasiswi Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Universitas Muslim Indonesia :

Nama : Nurhikmah

Nim : 14220230078

Saya mahasiswi program studi S1 Ilmu Keperawatan Universitas Muslim Indonesia bermaksud mengadakan penelitian dengan judul “**Pengaruh Discharge Planning Terhadap Tingkat Readmission Pada Pasien Skizofrenia di RSKD Dadi Sulawesi Selatan**”. Sehubungan dengan hal tersebut, maka saya mohon kesediaan Bapak / Ibu untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Keikutsertaan Bapak / Ibu dalam penelitian ini bersifat sukarela dan tanpa paksaan. Penelitian ini tidak akan menimbulkan kerugian bagi Bapak / Ibu sebagai responden, dan peneliti akan menjamin kerahasiannya. Demikian surat permohonan ini penulis buat atas kesediaan dan kerja samanya, peneliti mengucapkan banyak terimakasih.

Peneliti,

Nurhikmah

Lampiran 7 Lembar Persetujuan Menjadi Responden

Lembar Persetujuan Menjadi Responden (*Informed Consent*)

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Jenis Kelamin :

Pendidikan :

Sudah mendengarkan dari penelitian ini dan menyatakan bersedia dengan sukarela dan tanpa paksaan menjadi responden dari penelitian :

Nama : Nurhikmah

Instansi : Universitas Muslim Indonesia

Dengan judul penelitian “Pengaruh *Discharge Planning* Terhadap Tingkat *Readmission* Pada Pasien Skizofrenia di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan”.

Makassar,2025

Peneliti

Responden

(Nurhikmah)

(.....)

Lampiran 8 Lembar Kuesioner Penelitian Data Demografi

KUESIONER PENELITIAN DATA DEMOGRAFI

Nama Pasien :

Ruangan :

Petunjuk pengisian :

Bacalah setiap pertanyaan dibawah ini dan berilah tanda centang (√)

1. Nama Penanggung Jawab :

2. Umur : ☐ Remaja akhir (15-25 tahun) ☐ Dewasa awal (26-35 tahun)
☐ Dewasa akhir (36-45 tahun) ☐ Lansia awal (46-55 tahun)
☐ Lansia akhir (56-65 tahun)

3. Jenis Kelamin : ☐ Laki-laki ☐ Perempuan

4. Pendidikan : ☐ Tidak Sekolah ☐ SD
☐ SMP ☐ SMA
☐ Akademik/ Perguruan Tinggi

5. Pekerjaan : ☐ Tidak berkerja ☐ Buruh / Tani
☐ Swasta ☐ Wiraswasta
☐ PNS/ ABRI

6. Hubungan dengan Pasien :

☐ Anak ☐ Orangtua
☐ Suami/ Istri ☐ Saudara
☐ Wali

Lampiran 9 Lembar Kuesioner *Discharge Planning*

Penilaian Pasien Terhadap Pelaksanaan *Dischagre Planning*

1. Bacalah dengan teliti semua pertanyaan di bawah ini
2. Mohon kesediaan Saudara untuk menjawab seluruh pertanyaan yang tersedia secara jujur
3. Jawablah pertanyaan berikut dengan memberi tanda (√) pada kolom jawaban yang tersedia yang sesuai dengan pelayanan yang anda terima.
4. Kolom nilai tidak perlu diisi karena akan diisi oleh peneliti
5. Bila ada yang kurang dimengerti dapat ditanyakan kepada peneliti.

No.	Pertanyaan	Jawaban		Nilai
		Ya	Tidak	
	Pada saat pasien pertama kali masuk ruang rawat inap			
1.	Perawat menanyakan tentang kebutuhan pelayanan kesehatan untuk kepulangan pasien			
2.	Perawat menanyakan tentang kebutuhan pendidikan kesehatan untuk pasien dan keluarga yang berhubungan dengan penyakit pasien			
3.	Perawat menanyakan faktor-faktor lingkungan di rumah yang dapat mengganggu perawatan diri (ukuran kamar, lebar jalan, tangga, keadaan lantai, pencahayaan, fasilitas kamar mandi, dll)			
4.	Perawat bekerja sama dengan dokter dan tenaga kesehatan lainnya tentang perlu tidaknya rujukan untuk mendapatkan perawatan di rumah atau di tempat pelayanan yang lainnya			
5.	Perawat bekerja sama dengan tim kesehatan lainnya tentang berbagai kebutuhan pasien setelah pulang			
	Persiapan sebelum hari kepulangan			

	pasien			
6.	Perawat memberikan informasi tentang sumber pelayanan kesehatan di masyarakat kepada pasien dan keluarga (puskesmas, klinik, praktik dokter)			
7.	Perawat menjelaskan kepada pasien dan keluarga tentang tanda dan gejala kekambuhan penyakit			
8.	Perawat menjelaskan kepada pasien dan keluarga tentang obat-obatan yang diberikan (dosis, cara penggunaan, efek samping)			
9.	Perawat menjelaskan kepada pasien dan keluarga tentang makanan yang boleh dikonsumsi dan yang harus dihindari			
10.	Perawat menjelaskan kepada pasien dan keluarga tentang aktivitas yang boleh dilakukan dan yang harus dibatasi			
11.	Perawat menjelaskan kepada pasien dan keluarga tentang tempat layanan kesehatan terdekat yang bisa dijangkau pasien dan keluarga jika mengalami kekambuhan penyakit			
12.	Perawat memberikan nomor kontak kepada pasien dan keluarga yang bisa dihubungi jika terjadi masalah kesehatan di rumah.			
13.	Perawat memberikan leaflet/brosur atau buku saku			
	Pada hari kepulangan pasien			
14.	Perawat menanyakan transportasi pasien ketika pulang			
15.	Perawat memeriksa seluruh ruang rawat inap termasuk kamar mandi dan memastikan barang-barang berharga milik pasien tidak tertinggal di ruangan			
16.	Perawat memberikan pasien resep obat-obat sesuai pesan dokter			
17.	Perawat menghubungi bagian keuangan untuk menentukan apakah pasien atau keluarga sudah bisa mengurus administrasi			
18.	Perawat memberi tawaran kepada pasien			

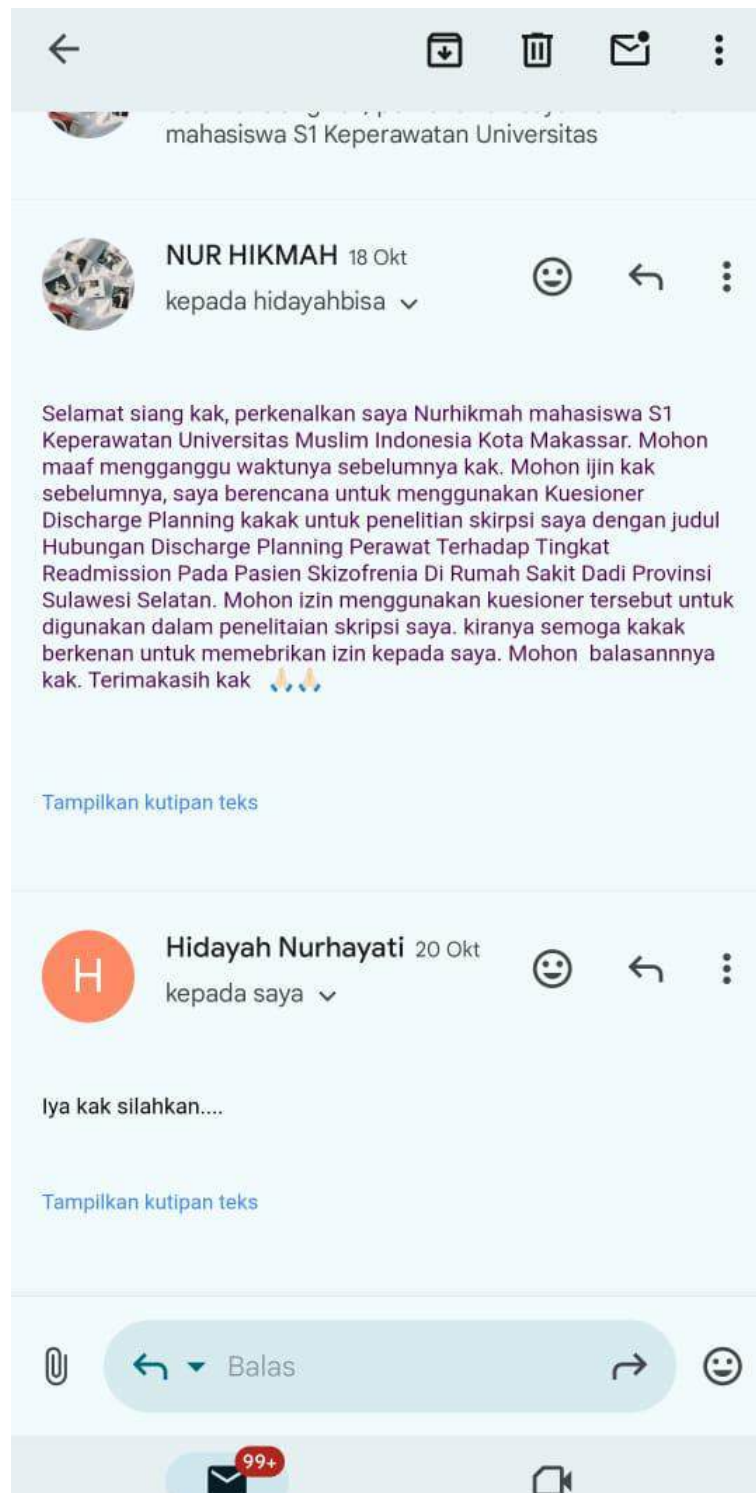
	untuk menggunakan kursi roda sampai ke kendaraan yang akan membawa pasien pulang.			
--	---	--	--	--

Sumber : Hidayah Nurhayati (2023)

Lampiran 10 Lembar Observasi *Readmission* Pasien Skizofrenia

[illegible]

Lampiran 11 Izin Penggunaan Kuesioner



Lampiran 12 Master Tabel *Discharge Planning*

MASTER TABEL <i>DISCHARGE PLANNING</i>																																
Responden	Umur	Jenis Kelamin	Pendidikan	Pekerjaan	Hubungan dgn pasien	Persiapan sebelum baru kepulangan pasien																		Pada hari kepulangan pasien						Tot	Persentas	Koding
						P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18									
R1	3	1	5	3	5	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	78%	2				
R2	4	2	3	4	4	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17	94%	1				
R3	5	2	5	3	5	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	13	72%	3				
R4	4	1	4	4	5	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	13	72%	3				
R5	5	1	5	3	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	15	83%	2				
R6	4	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	14	78%	2				
R7	4	1	5	4	4	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	15	83%	2					
R8	2	1	4	2	5	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	12	67%	3				
R9	2	1	5	1	5	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	15	83%	2				
R10	5	2	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	14	78%	2				
R11	3	1	5	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	17	94%	1				
R12	2	1	5	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	100%	1				
R13	3	2	4	1	4	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	15	83%	2					
R14	1	2	4	1	4	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	16	89%	1				
R15	2	1	5	5	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	15	83%	2				
R16	3	1	5	5	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17	94%	1				
R17	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	17	94%	1					
R18	4	1	4	4	5	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	15	83%	2				
R19	5	2	2	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	13	72%	3				
R20	3	2	4	1	5	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	13	72%	3				
R21	2	2	4	4	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	100%	1				
R22	3	1	4	1	4	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	15	83%	2				
R23	1	1	3	1	4	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	15	83%	2				
R24	4	1	2	4	3	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	15	83%	2				
R25	4	1	4	4	4	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	15	83%	2				
R26	5	1	4	5	4	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	13	72%	3				
R27	2	2	2	2	5	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	14	78%	2				
R28	5	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	17	94%	1				
R29	3	1	4	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	16	89%	1				
R30	1	2	4	1	4	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	16	89%	1				
R31	3	2	2	1	3	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	15	83%	2				
R32	4	1	3	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	17	94%	1				
R33	2	2	4	3	3	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	16	89%	1				
R34	5	1	3	4	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	17	94%	1				
						33	33	18	33	33	31	23	31	30	22	32	21	26	30	31	34	33	23									
						97,06%	97,06%	52,94%	97,06%	97,06%	91,18%	67,65%	91,18%	88,24%	64,71%	94,12%	61,76%	76,47%	88,24%	91,18%	100,00%	97,06%	67,65%									
						88,24%					79,41%										88,82%											
Umur :						Jenis Kelamin:					Pendidikan:					Pekerjaan:					Hubungan dengan pasien:					Kriteria:						
1. Remaja akhir (15-25 tahun)						1. Laki-Laki					1. Tidak Sekolah					1. Tidak Bekerja					1. Anak					1. Sangat Baik (SB) = 86 – 100%						
2. Dewasa awal (26-35 tahun)						2. Perempuan					2. SD					2. Buruh / Tani					2. Orangtua					2. Baik (B) = 75 – 85 %						
3. Dewasa akhir (36-45 tahun)											3. SMP					3. Swasta					3. Suami/ Istri					3. Cukup (C) = 56 – 74%						
4. Lansia awal (46-55 tahun)											4. SMA					4. Wiraswasta					4. Wali					4 Kurang (K) = ≤ 55%						
5. Lansia akhir (56-65 tahun)											5. Akademik/ Perguruan Tinggi										5. Saudara											

Lampiran 13 Master tabel Observasi Readmission Pasien Skizofrenia

OBSERVASI READMISSION PADA PASIEN SKIZOFRENIA									
No.	Pasien	Tanggal Pulang	Tanggal Masuk	Kategori Readmission				Ket.	Koding
				K I	K II	K III	K IV		
				<= 10 hari	11-15 hari	16-30 hari	> 30 hari		
1	P1	2024-12-18	2025-01-01		14			K II	2
2	P2	2024-12-29	2025-02-01				34	K IV	4
3	P3	2024-11-21	2025-02-04				75	K IV	4
4	P4	2024-11-10	2024-11-24		14			K II	2
5	P5	2024-12-25	2025-02-01				38	K IV	4
6	P6	2024-10-13	2024-12-26				74	K IV	4
7	P7	2024-11-01	2024-12-12				97	K IV	4
8	P8	2025-01-23	2025-02-06		14			K II	2
9	P9	2024-09-27	2024-12-06				70	K IV	4
10	P10	2024-10-31	2024-12-30				60	K IV	4
11	P11	2024-12-26	2025-02-08				44	K IV	4
12	P12	2024-10-31	2025-01-10				71	K IV	4
13	P13	2024-11-27	2025-01-25				59	K IV	4
14	P14	2024-10-29	2025-01-13				76	K IV	4
15	P15	2024-12-24	2025-01-19			26		K III	3
16	P16	2024-11-02	2025-02-12				102	K IV	4
17	P17	2024-10-30	2025-01-14				76	K IV	4
18	P18	2024-12-11	2024-12-28			17		K III	3
19	P19	2025-01-25	2025-02-09		15			K II	2
20	P20	2024-11-11	2024-11-24		13			K II	2
21	P21	2024-12-29	2025-02-13				46	K IV	4
22	P22	2024-12-20	2025-01-08			19		K III	3
23	P23	2024-12-30	2025-01-19			20		K III	3
24	P24	2025-01-10	2025-02-22				43	K IV	4
25	P25	2024-10-29	2024-11-23			25		K III	3
26	P26	2024-12-27	2025-01-23			27		K III	3
27	P27	2024-11-29	2025-02-21				84	K IV	4
38	P28	2025-01-01	2025-02-16				46	K IV	4
29	P29	2024-12-15	2025-02-06				53	K IV	4
30	P30	2025-01-02	2025-01-29			27		K III	3
31	P31	2024-12-20	2025-02-09				51	K IV	4
32	P32	2025-01-10	2025-01-21		11			K II	2
33	P33	2024-12-20	2025-02-25				67	K IV	4
34	P34	2024-12-31	2025-02-26				57	K IV	4
			Kriteria objektif :						
			Kategori I	<= 10 hari					
			Kategori II	11 – 15 hari					
			Kategori III	16 - 30 hari					
			Kategori IV	> 30 hari					

Lampiran 14

Hasil Uji Statistik

Karakteristik responden

Umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Remaja akhir (15-25 tahun)	3	8,8	8,8	8,8
	Dewasa awal (26-35 tahun)	7	20,6	20,6	29,4
	Dewasa akhir (36-45 tahun)	9	26,5	26,5	55,9
	Lansia awal (46-55 tahun)	8	23,5	23,5	79,4
	Lansia akhir (56-65 tahun)	7	20,6	20,6	100,0
	Total	34	100,0	100,0	

Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	19	55,9	55,9	55,9
	Perempuan	15	44,1	44,1	100,0
	Total	34	100,0	100,0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Sekolah	2	5,9	5,9	5,9
	SD	4	11,8	11,8	17,6
	SMP	5	14,7	14,7	32,4
	SMA	13	38,2	38,2	70,6
	Akademik/ Perguruan Tinggi	10	29,4	29,4	100,0
	Total	34	100,0	100,0	

Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak berkerja	15	44,1	44,1	44,1

Buruh / Tani	2	5,9	5,9	50,0
Swasta	4	11,8	11,8	61,8
Wiraswasta	9	26,5	26,5	88,2
PNS/ ABRI	4	11,8	11,8	100,0
Total	34	100,0	100,0	

Hubungan dengan pasien

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Anak	7	20,6	20,6	20,6
Suami/ Istri	3	8,8	8,8	29,4
Saudara	11	32,4	32,4	61,8
Wali	13	38,2	38,2	100,0
Total	34	100,0	100,0	

UJI UNIVARIAT

Discharge Planning

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sangat baik 86–100%	13	38,2	38,2	38,2
Baik 75-85%	15	44,1	44,1	82,4
Cukup 56–74%	6	17,6	17,6	100,0
Total	34	100,0	100,0	

Readmission

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kategori II 11-15 hari	6	17,6	17,6	17,6
Kategori III 16-30 hari	7	20,6	20,6	38,2
Kategori IV > 30 hari	21	61,8	61,8	100,0
Total	34	100,0	100,0	

UJI BIVARIAT

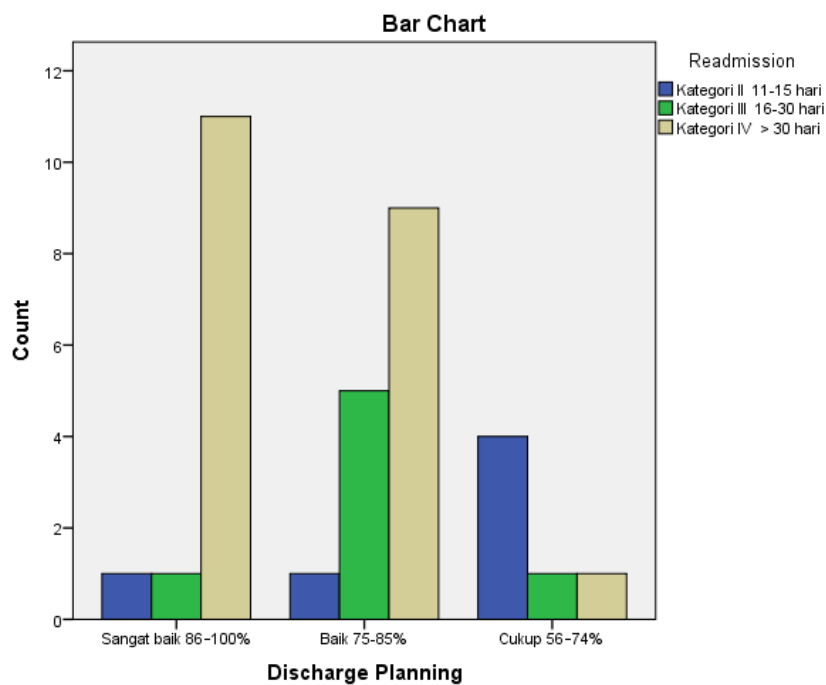
Discharge Planning * Readmission Crosstabulation

			Readmission			Total
			Kategori II 11-15 hari	Kategori III 16-30 hari	Kategori IV > 30 hari	
Discharge Planning	Sangat baik	Count	1	1	11	13
		Expected Count	2,3	2,7	8,0	13,0
		% within Discharge Planning	7,7%	7,7%	84,6%	100,0%
		% within Readmission	16,7%	14,3%	52,4%	38,2%
		% of Total	2,9%	2,9%	32,4%	38,2%
	Baik	Count	1	5	9	15
		Expected Count	2,6	3,1	9,3	15,0
		% within Discharge Planning	6,7%	33,3%	60,0%	100,0%
		% within Readmission	16,7%	71,4%	42,9%	44,1%
		% of Total	2,9%	14,7%	26,5%	44,1%
	Cukup	Count	4	1	1	6
		Expected Count	1,1	1,2	3,7	6,0
		% within Discharge Planning	66,7%	16,7%	16,7%	100,0%
		% within Readmission	66,7%	14,3%	4,8%	17,6%
		% of Total	11,8%	2,9%	2,9%	17,6%
	Total	Count	6	7	21	34
		Expected Count	6,0	7,0	21,0	34,0
		% within Discharge Planning	17,6%	20,6%	61,8%	100,0%
		% within Readmission	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	17,6%	20,6%	61,8%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15,285 ^a	4	,004
Likelihood Ratio	13,236	4	,010
Linear-by-Linear Association	9,059	1	,003
N of Valid Cases	34		

a. 7 cells (77,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,06.



Lampiran 15 Surat Keaslian Data



**LABORATORIUM KOMPUTER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS MUSLIM INDONESIA**

Jl. Urip Sumoharjo Km. 0.5 Kampus II Telp. (0411) 425607 Makassar 90231



SURAT PERNYATAAN KEASLIAN DATA
Nomor : 044/A.01/LAB.KOMP-FKM-UMI/V/2025

NAMA : NURHIKMAH
JENIS KELAMIN : PEREMPUAN
STAMBUK : 14220230078
PRODI : ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN : MANAJEMEN KEPERAWATAN
JUDUL SKRIPSI : PENGARUH *DIRCHARGE PLANNING* TERHADAP
TINGKAT *READMISSION* PADA PASIEN
SKIZOFRENIA DI RSKD DADI PROVENSI SULAWESI
SELATAN

Apabila dikemudian hari terbukti tidak benar, maka saya bersedia dikenakan sanksi sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Wallahu Waliyyut Taufiq Walhidayah

Mengetahui
Kep. Lab. Komputer FKM UMI



FATMA JAMA, S.Kep.,Ns.,M.Kes

Makassar, 06 Mei 2025
Yang membuat pernyataan
Peneliti

NURHIKMAH

Lampiran 16 Surat Keterangan Lulus Plagiasi



KAMPUS II UMI . JL. Urip Sumoharjo KM 5 Makassar Info – www.fkmumi.ac.id



SURAT KETERANGAN LULUS PLAGIASI

Nomor : 0717 /PL.00/FKM/UMI/RB/2025

Assalamu Alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Unit Ruang Baca Fakultas Kesehatan Masyarakat dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : NURHIKMAH
NIM : 14220230078
Judul : PENGARUH DISCHARGE PLANNING TERHADAP TINGKAT READMISSION
PADA PASIEN SKIZOFRENIA DI RSKD DADI PROVINSI SULAWESI SELATAN
Program Studi/Peminatan : Ilmu Keperawatan / Manajemen Keperawatan
Status : Lulus (25%)
Laporan Hasil Plagiasi : Terlampir

Adalah benar-benar sudah lulus pengecekan plagiasi dari Naskah publikasi Tugas Akhir dengan menggunakan aplikasi Turnitin.

Wassalamu Alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Makassar, 08 Mei 2025

Operator Turnitin FKM UMI

Sitti Hadijah, A.Md

25% Overall Similarity

The combined total of all matches, including overlapping sources, for each database.

Filtered from the Report

- Bibliography

Exclusions

- 43 Excluded Sources

Top Sources

- 23%  Internet sources
- 17%  Publications
- 8%  Submitted works (Student Papers)

Integrity Flags

0 Integrity Flags for Review

No suspicious text manipulations found.

Our systems algorithms look deeply at a document for any inconsistencies that would set it apart from a normal submission. If we notice something strange, we flag it for you to review.

A flag is not necessarily an indicator of a problem. However, we'd recommend you focus your attention there for further review.

Top Sources

23% Internet sources
17% Publications
8% Submitted works (Student Papers)

Top Sources

The sources with the highest number of matches within the submission. Overlapping sources will not be displayed.

1	Internet	repository.usahidsolo.ac.id	6%
2	Internet	garuda.kemdikbud.go.id	3%
3	Internet	e-journal.unair.ac.id	2%
4	Internet	jurnal.fkm.umi.ac.id	2%
5	Internet	www.scribd.com	1%
6	Student papers	Sriwijaya University	1%
7	Internet	jurnal.usahidsolo.ac.id	1%
8	Internet	docobook.com	<1%
9	Internet	repository.unair.ac.id	<1%
10	Internet	eprints.aiska-university.ac.id	<1%
11	Internet	ojs.unud.ac.id	<1%

12	Internet	rsj.lampungprov.go.id	<1%
13	Publication	Betty Nurita Marbun, Siti Saidah Nasution, Wardiyah Dauley. "Hubungan Dukung...	<1%
14	Internet	journals.stikim.ac.id	<1%
15	Internet	repository.unhas.ac.id	<1%
16	Publication	Erlin Evo Mualia, Yusrah Taqiah, Sunarti. "Analisis Faktor yang Berhubungan den...	<1%
17	Internet	eprints.umm.ac.id	<1%
18	Internet	repository.sb.ipb.ac.id	<1%
19	Internet	www.ojsstikesbanyuwangi.com	<1%
20	Publication	Yati Sumiati, Tri Kurniati, Luknis Sabri, Muhammad Hadi, Tini Suminarti. "Penera...	<1%
21	Internet	repositori.uin-alauddin.ac.id	<1%

Lampiran 17 Surat Keterangan Bebas Pustaka



**YAYASAN WAKAF UMI
UNIVERSITAS MUSLIM INDONESIA
PERPUSTAKAAN UTSMAN BIN AFFAN**

Urip Sumoharjo Km. 05 Telp/Fax (0411) 447587 Makassar 90231 Website: <https://lib.umi.ac.id/>



**SURAT KETERANGAN BEBAS PUSTAKA
(UNTUK PENGURUSAN UJIAN SKRIPSI DIIL, S1)**

No : 699/PUBA-UMI/US/IV/2025

Yang bertanda tangan di bawah ini, Kepala Perpustakaan Utsman Bin Affan Universitas Muslim Indonesia menerangkan bahwa :

NAMA	:	NURHIKMAH
STAMBUK	:	14220230078
FAKULTAS	:	KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI	:	S1 ILMU KEPERAWATAN
ALAMAT	:	JLN. PRINTIS KEMERDEKAAN IV

yang bersangkutan dinyatakan :

1. **Bebas dari semua pinjaman koleksi** dari Perpustakaan Utsman Bin Affan Universitas Muslim Indonesia dan dapat menyelesaikan pengurusan Bebas Pustaka sebagai salah satu Syarat mengikuti **UJIAN SKRIPSI**

Demikian surat keterangan ini, dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

والله ولي التوفيق والهداية

Makassar, 21/04/2025

Kepala Perpustakaan Utsman Bin Affan;

Kasubag. Layanan Pemustaka;



(Prof. Dr. H. St. Maryam H., MT.)

NPS : 103 93 0582

(Rosmini, S.I.P., M.M.)
NIPS : 200 17 1096

21/04/2025



ASLI



Lampiran 18 Jadwal Penelitian

No.	Kegiatan	2024		2025		
		Oktober- November	Desember	Februari- Maret	Mei	Juni
1	Penyusunan Laporan					
2	Seminar Proposal					
3	Pelaksanaan Penelitian					
4	Seminar Hasil					
5	Sidang Skripsi					

Organisasi Penelitian

Nama : Nurhikmah

Nim : 14220230078

Pembimbing 1 : Dr. H. Samsualam,SKM.,S.Kep.,Ns.,M.Kes.,M.Kep

Pembimbing 2 : Wa Ode Sri Asnaniar, S.Kep., Ns., M.Kes., M.Kep

Lampiran 19 Dokumentasi Penelitian





Lampiran 20

BIODATA PENELITI



Nurhikmah adalah nama peneliti dalam skripsi ini.

Peneliti adalah anak ke dua dari Bapak Larahman dan Ibu Nariah. Peneliti dilahirkan di Enrekang, 11 September 2001. Peneliti berasal dari Kota Makassar yang beralamat di Jl. Perintis Kemerdekaan 4 RT. 004 RT. 002 Kecamatan Tamalanrea, Kelurahan Tamalanrea Jaya.

Peneliti memulai jenjang pendidikan Sekolah Dasar di MI Pesri Kota Kendari pada tahun 2008 dan melanjutkan pendidikan Sekolah Menengah Pertama di MTsN 1 Kota Kendari lalu melanjutkan pendidikan ke MAN 1 Kota Kendari. Pada tahun 2020 peneliti menempuh perguruan tinggi di Akademi Keperawatan Politeknik Kesehatan Kota Kendari dan melanjutkan pendidikan di Universitas Muslim Indonesia Program Studi Ilmu Keperawatan tahun 2023 hingga 2025.