

**PENGALAMAN KELUARGA DALAM PERENCANAAN PEMULANGAN
KLIEN SKIZOFRENIA DARI RUMAH SAKIT JIWA KE RUMAH**

**EXPERIENCE REPATRIATION FAMILY PLANNING CLIENTS IN
SCHIZOPHRENIA FROM MENTAL HOSPITAL TO HOME**

Berlian Nurtyashesti Kusumadewi*, Achir Yani S. Hamid, Yossie Susanti Eka
Putri****

*Mahasiswa Pascasarjana FIK UI

** Dosen Keilmuan Keperawatan Jiwa, FIK UI

E-mail: berlian.kusumadewi87@gmail.com

ABSTRAK

Perencanaan pemulangan yang efektif diperlukan keluarga klien skizofrenia sebagai pelaku rawat di rumah sehingga memperlama jarak kambuh klien. Penelitian ini bertujuan mengetahui pengalaman keluarga dalam perencanaan pemulangan klien skizofrenia dari RSJ ke rumah. Penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Partisipan penelitian ini sembilan orang. Tema yang dihasilkan meliputi respons terhadap rencana pemulangan klien, kendala dalam rencana pemulangan klien, dukungan lingkungan tempat tinggal terhadap rencana pemulangan klien, harapan terhadap rencana pemulangan klien dan kesiapan dalam rencana pemulangan klien. Standar operasional prosedur yang jelas perlu dalam rencana pemulangan klien skizofrenia di tiap area perawatan (IGD, poliklinik, bangsal akut dan sub akut).

Kata kunci: perencanaan pemulangan, pelaku rawat, skizofrenia

ABSTRACT

An effective discharge planning is needed for family member as the caregivers of clients with schizophrenia at home, so that it could prolong the possible period of relapse. This study aimed to determine the family's experience in discharge planning of clients with schizophrenia. This research used a qualitative method using phenomenological approach. The number of participants in this study were nine. The themes from the qualitative data analysis on discharge planning were: response, constraints, neighborhoods support, caregiver expectations and preparedness. A clear standard of operating procedures is needed for discharge planning of clients with schizophrenia in every area of client care (emergency room, clinic, acute and sub-acute wards).

Keywords: Discharge planning, caregiver, schizophrenia

Pendahuluan

Townsend (2009) mendefinisikan bahwa gangguan jiwa adalah respon maladaptive terhadap stresor dari lingkungan internal dan eksternal yang dibuktikan melalui pikiran, perasaan dan perilaku yang tidak sesuai dengan norma-norma lokal atau budaya setempat serta mengganggu fungsi sosial, pekerjaan dan atau fisik. Berdasarkan beberapa definisi diatas dapat disimpulkan bahwa gangguan jiwa merupakan perubahan respon dari adaptif menjadi maladaptif dalam pikiran, perasaan dan perilaku yang menyebabkan *distres* serta ketidakmampuan individu yang mengakibatkan gangguan terhadap fungsi personal, gangguan fungsi sosial, penderitaan serta kematian.

Jumlah penderita gangguan jiwa berat di Indonesia mengalami peningkatan setiap tahunnya. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 menunjukkan bahwa penduduk usia diatas 15 tahun dijumpai gangguan jiwa ringan atau gangguan mental emosional, seperti gangguan kecemasan dan depresi sebanyak 6 persen atau 16 juta jiwa. Prevalensi gangguan jiwa berat (termasuk skizofrenia) pada penduduk Indonesia mencapai 1,7 per mil atau 1-2 orang dari 1.000 warga atau dari 294.959 rumah tangga terdapat 1.728 orang dengan gangguan jiwa berat atau diperkirakan sebanyak 400.000 orang menderita gangguan jiwa berat. Berdasarkan data WHO pada tahun 2014 prevalensi pasien skizofrenia di Indonesia sebesar satu persen atau diperkirakan ada sekitar 2,6 juta orang. Direktorat Bina Kesehatan Jiwa (2014) mengungkapkan sebanyak 14,3 persen atau 57.000 orang dengan gangguan jiwa berat pernah dipasung keluarganya.. Jawa tengah menjadi propinsi yang menduduki urutan keempat terbesar di Indonesia yaitu sebesar 2,3 permil mengalami gangguan jiwa.

Bambang (2009) dalam Lokakarya revitalisasi TP-KJM (Tim Pengarah Kesehatan Jiwa Masyarakat) mengungkapkan bahwa sebanyak 6000 dari 6 juta warga di Karesidenan Surakarta

mengalami gangguan jiwa berat atau psikotik. Selain itu 1,2 juta orang mengalami gangguan jiwa ringan atau non psikotik. Rumah Sakit Jiwa Daerah (RSJD) Surakarta merupakan salah satu rumah sakit jiwa kelas A milik pemerintah Provinsi Jawa Tengah yang memberikan pelayanan kepada klien gangguan jiwa dan NAPZA di daerah wilayah Karesidenan Surakarta dan sekitarnya. Kapasitas tempat tidur yang tersedia sebanyak 340 tempat tidur dan terbagi dalam 15 ruang perawatan. Berdasarkan hasil studi pendahuluan didapatkan data bahwa jumlah klien yang dirawat di RSJD Surakarta pada tahun 2014 sebanyak 3037 klien. Diagnosa medis klien saat dipulangkan yang terbanyak adalah skizofrenia tak terinci (F 20.3) yaitu sejumlah 812 klien. Jumlah klien yang dirawat pada bulan Januari 2015 sebanyak 281 klien dan pada bulan Februari 2015 sebanyak 249 klien.

Pelaksanaan pada perencanaan pemulangan pada klien skizofrenia sangat penting karena seperti pendapat Keliat (2005) bahwa pencegahan kambuh atau mempertahankan kondisi klien selama mungkin di lingkungan keluarga dapat terlaksana dengan pelaksanaan perencanaan pemulangan yang adekuat oleh perawat. Keliat (2003) dalam penelitian yang dilakukan menunjukkan hasil bahwa pemberdayaan klien dan keluarga melalui Pendidikan Kesehatan Tentang Pencegahan Perilaku Kekerasan (PKPPK) yang diberikan oleh perawat memperlama rata-rata jarak kekambuhan klien skizofrenia dengan perilaku kekerasan yaitu sebanyak 10 orang (13,39%) rata-rata jarak kekambuhan adalah 92 hari setelah pulang dari rumah sakit jiwa sedangkan sebanyak 16 orang (20,8%) klien yang tidak mengikuti PKPPK rata-rata jarak kekambuhan adalah 44 hari setelah pulang dari rumah sakit jiwa. Hal tersebut menunjukkan bahwa keluarga memegang peran yang cukup penting dalam perencanaan pemulangan klien karena *follow-up* yang kurang baik serta interaksi yang buruk antara klien, keluarga dan pengasuhnya juga merupakan faktor resiko kekambuhan klien skizofrenia

(Csernansky dan Schuchart, 2002 dalam Nurjannah, 2004).

Penelitian kuantitatif terkait perencanaan pemulangan pada klien skizofrenia sudah banyak dilakukan, akan tetapi selama ini penelitian kualitatif untuk menggali pengalaman keluarga terkait perencanaan pemulangan klien skizofrenia belum pernah dilakukan padahal keluarga memegang peran yang cukup penting dalam perencanaan pemulangan klien skizofrenia. Hal tersebut menjadikan alasan perlunya mengetahui tentang pengalaman keluarga dalam perencanaan pemulangan klien skizofrenia.

Metodologi Penelitian

Penelitian yang ini merupakan penelitian kualitatif dengan menggunakan metode pendekatan fenomenologi. Penelitian ini menggunakan metode pengambilan sampel *purposive sampling*. Partisipan dalam penelitian ini adalah keluarga klien skizofrenia yang mendapatkan perencanaan pemulangan di RSJD Surakarta. Penelitian ini dilakukan di RSJD Surakarta. Rumah Sakit Jiwa Daerah (RSJD) Surakarta. Jumlah partisipan penelitian ini dibatasi oleh peneliti maksimal sebanyak 10 orang.

Hasil Penelitian

Hasil analisis tema didapatkan lima tema tentang pengalaman keluarga dalam perencanaan pemulangan klien skizofrenia yaitu: respons pelaku rawat terhadap perencanaan pemulangan klien, kendala pelaku rawat dalam perencanaan pemulangan, dukungan lingkungan tempat tinggal terhadap perencanaan pemulangan klien, harapan terhadap perencanaan pemulangan klien dan perencanaan pemulangan oleh tenaga kesehatan di rumah sakit.

Respons pelaku rawat terhadap perencanaan pulang klien berbeda pada tiap partisipan. Ucapan syukur partisipan

kepada Tuhan diungkapkan sebagai kebahagiaan terkait dengan perencanaan pemulangan klien. Perasaan senang pelaku rawat terhadap rencana pemulangan klien didukung dengan pernyataan sebagai berikut:

"Kalau ini anu perasaannya ya seneng, Insya Allah nanti di rumah ya stabil" (P3)

"Ya gimana ya, kalau saya kalau pulang dari rumah sakit itu ya seneng berarti kan sudah ada perubahan" (P5)

Perasaan sedih terhadap perencanaan pemulangan klien juga dirasakan oleh pelaku rawat akibat dari kekambuhan klien saat klien berada di rumah. Perilaku negatif klien sebelum dirawat di rumah sakit juga menyebabkan munculnya perasaan sedih pelaku rawat tersebut, pelaku rawat masih mengingat perilaku negatif klien sebelum klien dibawa ke rumah sakit. Hal tersebut didukung oleh pernyataan sebagai berikut:

"...cuman sedihnya kalau di rumah itu pasti kambuh lagi" (P1)

"...kalau lagi marah, sebagai orang tua kan ya sedih to mbak" (P2)

Ketidaksiapan dalam rencana pemulangan klien juga dialami oleh pelaku rawat. Pelaku rawat mengemukakan menginginkan agar rencana pemulangan yang telah dilakukan diharapkan benar-benar telah menyiapkan klien agar hidup mandiri. Kondisi tersebut yang melatarbelakangi pelaku rawat menginginkan agar klien masih dirawat di rumah sakit untuk beberapa waktu lagi. Pernyataan pelaku rawat yang mendukung kondisi tersebut adalah sebagai berikut:

"Sebetulnya belum siap ya, karena keluarga itu mengharapkin disini itu minimal satu bulan gitu sampai sudah bisa mandiri" (P4)

Kendala pelaku rawat dalam hal keterbatasan lokasi dan fasilitas komunikasi ditunjukkan dengan partisipan yang menyatakan tidak bisa periksa ulang ke dokter spesialis jiwa di dekat tempat tinggalnya. Partisipan juga mengatakan jika periksa ulang tidak bisa ke puskesmas

karena obat untuk klien belum tersedia di puskesmas. Letak rumah partisipan yang jauh dari rumah sakit membuat partisipan mengemukakan jika susah untuk mengakses transportasi yang digunakan untuk pergi periksa ulang. Letak yang jauh tersebut juga berdampak terhadap mahalnya biaya transportasi yang harus dikeluarkan untuk pergi periksa ulang karena partisipan dan klien harus berganti kendaraan umum beberapa kali. Kondisi tersebut didukung oleh pernyataan sebagai berikut:

"...Susah transportasinya harus ganti-ganti beberapa kali" (P8)

"Mau naik taxi juga sayang, sana sini sekali jalan ya lima puluh ribu, pulang pergi ya sudah seratus ribu" (P9)

"...Karena di puskesmas obatnya belum tersedia" (P1)

Pelaku rawat mengungkapkan keterbatasan dalam memperoleh informasi akibat tidak diberikannya informasi tentang kondisi klien oleh tenaga kesehatan mulai saat klien masuk ke rumah sakit dari instalasi gawat darurat. Partisipan satu yang merupakan pelaku rawat dari klien yang menjalani rawat ulang bahkan mengemukakan informasi yang tidak diberikan oleh tenaga kesehatan tersebut bisa jadi dikarenakan klien yang sudah berulang kali menjalani perawatan di rumah sakit sehingga tenaga kesehatan jadi menganggap partisipan sebagai pelaku rawat harusnya sudah memahami tentang kondisi yang dialami oleh klien. Pada saat klien dipindahkan dari unit gawat darurat ke ruang akut, partisipan satu juga mengungkapkan jika dirinya tidak diberikan informasi apapun oleh perawat di ruang akut terkait kondisi klien dan lama rawat klien di ruang akut. Tenaga kesehatan lain selain perawat yaitu dokter juga diungkapkan oleh partisipan tidak memberikan penjelasan apapun kepada partisipan terkait kondisi klien. Pernyataan tersebut adalah sebagai berikut:

"Ya nggak dapat penjelasan apa-apa karena ya itu dipikirmya udah masuk berkali-kali jadinya juga sudah ngerti. Waktu di Puntadewa tidak dijelaskan nanti akan dirawat berapa lama". Jadi

ya dokternya juga belum menjelaskan apapun ke saya" (P1)

Hal yang sama juga diungkapkan oleh partisipan lain yaitu tenaga kesehatan baik dokter maupun perawat belum pernah memberikan informasi apapun terkait kondisi klien selama klien dirawat di rumah sakit. Kondisi tersebut didukung oleh pernyataan partisipan sebagai berikut:

"Maaf, saya sebelumnya belum pernah diberikan informasi apa-apa oleh perawat atau dokternya" (P2)

Sulit bertemu dokter juga merupakan kendala terkait pemberian informasi dari rumah sakit. Dua orang partisipan mengemukakan jika tidak mengetahui dokter yang merawat klien dan belum pernah bertemu dengan dokter yang merawat klien. Partisipan mengungkapkan hanya mengetahui nama dari dokter yang merawat klien serta susah bertemu dengan dokter untuk meminta informasi terkait perkembangan kondisi kesehatan klien. Pernyataan yang mendukung kondisi tersebut adalah sebagai berikut:

"Waktu disini sudah berkali-kali dirawat saya nggak pernah tau dokternya siapa, mukanya seperti apa, saya nggak pernah tau. Tapi kalau dihubungi dokternya untuk kasih informasi pasti jamnya susah, nggak pernah bisa ketemu" (P1)

"Kalau dengan dokter saya belum pernah ketemu" (P5)

Dukungan lingkungan tempat tinggal terhadap perencanaan pemulangan klien diberikan dalam bentuk: tetangga memberi saran pada pelaku rawat agar klien dirawat di rumah sakit jiwa, tetangga menghibur pelaku rawat, tetangga mendoakan klien, tetangga tidak menghina kondisi klien yang mengalami gangguan jiwa serta tetangga mengharapkan klien agar segera pulih. Kondisi tersebut didukung dengan pernyataan sebagai berikut:

"Lalu tetangga juga menghibur ibunya sudah tidak usah sedih kalau disana itu dirawat baik-baik" (P2)

“Tetangga itu ya membantu dengan do’a supaya segera sembuh” (P7)
“Kalau tetangga tidak ada yang kesannya menghina begitu” (P3)

Harapan pelaku rawat kepada klien meliputi harapan terhadap perubahan perilaku klien, harapan terhadap kepatuhan klien dan harapan terhadap perbaikan kondisi klien. Pelaku rawat mengharapkan agar klien mau merawat diri saat sudah berada di rumah. Perilaku klien juga diharapkan pelaku rawat mengalami perubahan yang lebih baik dibandingkan sebelum menjalani perawatan di rumah sakit. Pelaku rawat juga berharap agar saat klien berada di rumah bisa bersosialisasi dengan tetangga di lingkungan sekitar rumah. Pernyataan yang mendukung kondisi tersebut adalah sebagai berikut:

“Ya pengennya kebersihannya itu mbak, ya mandi, ya nyuci baju, ya nuyci piring dulu gitulah” (P7)
“Nanti diharapkan di Solo ini nggak bertengkar lagi gitu terus sosialisasi dengan tetangga mudah-mudahan baik” (P4)
“Supaya mau sholat... supaya mau membantu apa gitu” (P7)

Partisipan yang memiliki anggota keluarga dengan riwayat rawat ulang mengharapkan agar saat klien nanti sudah berada di rumah mau minum obat sehingga tidak mengalami kekambuhan lagi. Hal tersebut didukung dengan pernyataan sebagai berikut:

“Lalu kalau di rumah ya supaya mau minum obat” (P1, P2, P5, P7)
“Keinginan saya nggak kambuh lagi begitu” (P3, P7)

Harapan terkait alternatif tempat periksa ulang didasarkan harapan pelaku rawat agar bisa membawa klien periksa ulang ke fasilitas kesehatan selain rumah sakit jiwa yang lebih mudah dijangkau dari rumah diantaranya adalah bisa periksa ulang ke praktek dokter yang dekat dengan rumah dan periksa ulang ke puskesmas serta tersedianya obat di puskesmas. Hal tersebut didukung oleh pernyataan sebagai berikut:

“Saya harapkan ada penunjukan dokter-dokter terdekat untuk periksa ulang” (P1)
“Inginnya ya di Puskesmas itu obatnya ada, jadi kan kalau periksa ulang tidak jauh” (P1, P8)

Partisipan juga mengharapkan agar pihak rumah sakit memantau ke rumah dan informasi dari dokter terkait kondisi klien dan rencana tindak lanjut yang akan dilakukan pada klien setelah nanti klien sudah berada di rumah. Pernyataan yang mendukung kondisi tersebut adalah sebagai berikut:

“Mungkin setelah dari sini itu ya pihak rumah sakit memantau ada apa”. Ya saya pengen dokter sesekali menghubungi saya untuk ngobrol tentang kondisi pasien dan tindak lanjutnya seperti apa” (P1)

Informasi tentang rencana pemulangan klien diharapkan oleh dua partisipan agar tidak mendadak. Pelaku rawat mengharapkan agar informasi terkait rencana pemulangan klien diharapkan sudah diberikan jauh hari oleh pihak rumah sakit sehingga dapat mempersiapkan hal-hal terkait pemulangan klien ke rumah. Hal tersebut didukung oleh pernyataan sebagai berikut:

“Kalau kasih kabar sudah boleh pulang ya jangan mendadak begitu” (P5)
“Diberitahu dulu jauh-jauh hari perkiraan pulangnya” (P4)

Partisipan mengemukakan informasi yang diberikan oleh tenaga kesehatan di rumah sakit dalam perencanaan pulang anggota keluarganya meliputi tindakan yang dilakukan oleh petugas kesehatan saat di IGD, pemberian informasi oleh perawat saat di ruang akut dan pemberian informasi saat di ruang sub akut. Perencanaan pemulangan oleh tenaga kesehatan di rumah sakit terkait dengan pemberian informasi oleh tenaga kesehatan saat klien masuk ke rumah sakit melalui igd maupun poliklinik, saat klien dipindah ke ruang akut dan saat klien berada di ruang sub akut. Semua partisipan mengatakan saat mengantarkan anggota keluarganya untuk

dirawat dan masuk melalui igd maupun poliklinik, tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan di area tersebut tidak memberikan informasi apapun tentang penyakit yang diderita klien. Pada saat mengantarkan anggota keluarganya untuk dirawat dan masuk melalui igd maupun poliklinik, hal-hal yang dilakukan oleh tenaga kesehatan meliputi: memeriksa kondisi klien saat klien datang, menanyakan kondisi saat di rumah yang membuat klien dibawa ke rumah sakit dan meminta persetujuan pelaku rawat sebagai penanggung jawab jika klien harus dirawat.

Semua partisipan menyatakan jika pemberian informasi tentang kondisi klien diberikan saat klien sudah dipindahkan ke ruang sub akut dan informasi tentang perawatan klien di rumah diberikan oleh perawat ketika keluarga menjemput klien pada saat hari kepulangan. Empat orang partisipan yang anggota keluarganya dirawat ulang karena kekambuhan mengungkapkan jika tenaga kesehatan hanya memberikan informasi terkait kondisi klien saat klien baru pertama kali dirawat. Tenaga kesehatan sudah tidak lagi memberikan informasi tentang kondisi klien pada keluarga setelah klien beberapa kali harus dirawat di rumah sakit karena kambuh. Keluarga berasumsi bahwa informasi tidak diberikan oleh tenaga kesehatan karena sudah mengetahui jika anggota keluarga mereka beberapa kali menjalani rawat ulang.

Partisipan mengemukakan informasi yang telah diberikan oleh tenaga kesehatan saat di IGD meliputi tentang penanggung jawab klien, tindakan yang akan dilakukan pada klien, pengkajian kondisi klien serta pemberian surat rujukan rawat inap. Pernyataan yang mendukung kondisi tersebut adalah sebagai berikut:

"...jika terjadi sesuatu keluarga yang bisa dihubungi siapa" (P1)

"Ya cuma ditanya di rumah gimana kondisinya" (P2, P3, P4)

"...trus tanda tangan surat persetujuan untuk dirawat inap" (P3)

"Ya dapat penjelasan dari dokter kalau dirawat di rumah sakit ini nanti dapat obat, tapi kan ya tergantung kondisi pasien. Kalau misalnya parah pengobatannya pakai setrum atau gimana" (P5)

Partisipan mengemukakan jika informasi yang telah diberikan di ruang akut hanya terkait penjelasan agar menjenguk klien selama dirawat di rumah sakit. Hal tersebut didukung oleh pernyataan sebagai berikut:

"Dijelaskan kalau dijenguknya minimal seminggu sekali untuk nanti konsultasi dengan dokter" (P1)

Tujuh partisipan menyatakan informasi yang telah diberikan di ruang sub akut meliputi: perawatan klien saat di rumah, kondisi fisik klien, kepatuhan minum obat, cara pemakaian obat dan jadwal periksa ulang. Pernyataan yang mendukung kondisi tersebut adalah sebagai berikut:

"Kalau di rumah ya harus teratur mandinya, minum obat teratur, terus ya sering diajak ngobrol, seperti itu yang biasanya dikasih tau dari sini" (P1)

"Rutin memberi obat, rutin diajak bicara, jangan sampai dia bengong yang jelas, jangan banyak bengongnya, istilahnya itu diberi kesibukan sebenarnya kan begitu" (P3)

"Yang penting nanti di rumah diajak komunikasi" (P5)

"Kalau dari sana kan, minim sepuluh hari lagi periksa ulang" (P8)

"Cara pemakaiannya, cara minum, terus nanti kalau terlambat minum obatnya nggak usah dirangkap minumnya" (P4)

"Kalau dari rumah sakit jiwa itu kan harusnya minum obatnya itu rutin" (P7)

Pembahasan

Olwit, Musisi, Leshabari dan Sanyu (2015) mengemukakan bahwa perasaan sedih yang dirasakan oleh pelaku rawat

terhadap perencanaan pemulangan klien skizofrenia tersebut dipicu oleh pemberian perawatan yang tidak berkesudahan, perubahan perilaku klien, manajemen krisis, reaksi lingkungan sosial terhadap klien yang menderita gangguan jiwa serta akibat hubungan sudah tidak lagi akrab antara klien dengan pelaku rawat. Pemberian perawatan yang tidak berkesudahan tersebut meliputi frekuensi kekambuhan klien, lamanya perawatan klien, gejala sisa, pengeluaran berupa tenaga serta uang, kendala keuangan, besarnya tanggung jawab yang dirasakan sebagai pelaku rawat dan konsekuensi yang harus dialami oleh pelaku rawat yaitu kehilangan waktu untuk dirinya sendiri. Penerimaan anggota keluarga dan lingkungan terhadap klien membuat pelaku rawat merasa terbantu sehingga merasa dikuatkan menghadapi perencanaan pemulangan klien.

Ketidaksiapan pelaku rawat dalam perencanaan pemulangan klien yang diungkapkan oleh partisipan penelitian dikarenakan perilaku klien sebelum dirawat di rumah sakit yang meninggalkan rasa trauma pada anggota keluarga di rumah. Ketidaksiapan pelaku rawat tersebut ditunjukkan dengan sikap bingung dan cemas pelaku rawat serta anggota keluarga lain dalam menghadapi perencanaan pemulangan klien. Keluarga merasa enggan menerima klien kembali ke rumah karena takut akan mengganggu kehidupan mereka sehari-hari. Keluarga menjadi sangat bingung dan merasa tidak tahu yang harus dilakukan. Status kesehatan mental keluarga menjadi terpengaruh karena kondisi tersebut dan menimbulkan meningkatnya ketidakstabilan status kesehatan mental keluarga. Status kesehatan mental keluarga yang tidak stabil tersebut dapat berdampak terhadap kondisi kekambuhan klien sehingga harus menjalani perawatan lagi di rumah sakit (Kamizawa, Mizuno, Sakai, Takataya, Yamazaki, 2013).

Kendala dukungan layanan kesehatan juga dialami oleh pelaku rawat dalam perencanaan pemulangan klien. Kesembilan partisipan mengungkapkan tentang kesulitannya bertemu dokter yang

merawat dan mendapatkan informasi terkait perawatan klien. Perawatan di rumah sakit tidak terlepas dari peran tenaga kesehatan yang memberikan pengobatan, asuhan keperawatan dan tindakan rehabilitasi pada klien. Keluarga juga merupakan klien yang mendapatkan pelayanan oleh tenaga kesehatan. Faktor yang kompleks berkontribusi terhadap perasaan tepat dan nyaman dalam hubungan yang terjalin antara klien dengan tenaga kesehatan tersebut. Hubungan yang menimbulkan rasa nyaman tersebut dikarenakan oleh penerimaan tenaga kesehatan terhadap kondisi klien, sikap profesional yang ditunjukkan oleh tenaga kesehatan dalam artian dapat bersikap empati akan tetapi tidak terjebak dalam hubungan sosial, mempunyai selera humor yang baik, perilaku tenaga kesehatan yang baik, memberikan umpan balik yang menyenangkan dan membangun. Tenaga kesehatan diharapkan dapat menjadi pendengar yang baik, terlibat dalam proses pengobatan yang dijalani klien, menjadi seseorang yang membuat klien merasa nyaman, seseorang yang memberikan perhatian pada klien. Ketidaknyaman kepada tenaga kesehatan memicu keengganan klien dalam menjalani program pengobatan. Kenyamanan dalam hubungan antara klien dengan pemberi pelayanan kesehatan mental memudahkan dalam hal komunikasi terkait pengambilan keputusan dan berakibat terhadap hasil dari pelayanan kesehatan mental yang diberikan oleh tenaga kesehatan. Klien membutuhkan tenaga kesehatan untuk mendukungnya dalam program pengobatan yang dijalani. Dokter sebagai salah satu tenaga kesehatan yang memberikan pengobatan pada klien diharapkan oleh klien agar mau mendengar, memahami, dan mengetahui secara mendalam kondisi kliennya. Hubungan antara dokter dan klien dapat menjadi buruk apabila dokter tidak mampu menjadi pendengar yang baik dan memahami kondisi kliennya. Hubungan kolaborasi antara pelaku rawat dengan dokter yang merawat klien penting terbangun agar klien juga mempunyai kontrol dalam pengambilan keputusan pengobatan yang dilakukan terhadap

dirinya. Dokter yang menyatakan bahwa dirinya menaruh kepercayaan terhadap proses pengobatan dan pemulihan klien dapat memunculkan harapan yang kuat kepada klien terkait proses pengobatan dan pemulihan yang harus dijalani (Castleton, Green, Janoff, Oken, Paulson, Perrin, Vuckovic dan Wisdom, 2008).

Hann, Lester, Nazareth, Planner, Reeves, dan Reilly (2012) mengungkapkan jika kurangnya informasi dan terbatasnya waktu yang ada dalam pemberian perawatan yang berkelanjutan pada klien dengan gangguan jiwa mengakibatkan klien yang telah pulang kehilangan kontak dengan rumah sakit. Tindak lanjut yang akan dilakukan terhadap perawatan klien sulit dilakukan karena klien tidak datang saat kontrol maupun alasan yang tidak jelas. Pelayanan perawatan berkelanjutan yang masih kurang diberikan oleh pelayanan kesehatan primer juga dikarenakan oleh jumlah tenaga dokter yang terbatas terkait kaitannya dengan besarnya cakupan pelayanan dan juga status ekonomi klien.

Tenaga kesehatan pada banyak kasus tidak memberikan kesempatan bagi klien untuk mengambil bagian dalam proses pengambilan keputusan tindakan yang akan dilakukan terhadap dirinya. Klien bahkan dianggap tidak kooperatif oleh tenaga kesehatan jika mengajukan pertanyaan terkait tindakan yang akan dilakukan terhadap dirinya, komplain dengan pelayanan dokter yang merawat, ingin mengganti dokter yang merawatnya dan mengungkapkan pendapatnya terkait perawatan yang diberikan kepada dirinya. Perawatan berkelanjutan yang belum terbangun antara penyedia layanan kesehatan tempat klien dirawat dengan pelayanan kesehatan primer yang dapat dijangkau oleh klien saat telah dipulangkan ke rumah membuat klien harus menceritakan kembali kondisi yang dialaminya kepada psikiater baru yang merawatnya. Hal tersebut menimbulkan ketidaknyamanan bagi klien karena klien harus membangun kembali rasa percaya kepada psikiater baru yang merawatnya. Ketidakadeguan pelayanan kesehatan jiwa kepada klien dalam hal rencana yang

komprehensif bagi perawatan dan rehabilitasi klien berakibat klien mengalami kesulitan dalam menghadapi lingkungan tempat tinggalnya saat klien telah dipulangkan dari rumah sakit. Perawatan berkelanjutan yang belum terencana dengan baik menimbulkan stress bagi klien. Klien mengharapkan integrasi dalam hal perawatan berkelanjutan yang berbasis komunitas untuk dapat membantu klien dalam berinteraksi dengan orang-orang di lingkungan sekitar tempat tinggalnya dan untuk membantu klien dalam membangun kehidupan sehari-hari yang dijalani (Hansen dan Mestdagh, 2014).

Lingkungan sosial klien yang mengetahui perencanaan pemulangan klien memberikan respon yang beragam terhadap hal tersebut. Partisipan yang terlibat dalam penelitian kesemuanya menyatakan merasa senang dan terbantu dengan dukungan lingkungan tempat tinggal terhadap perencanaan pemulangan anggota keluarga mereka. Dukungan dari tetangga tersebut diberikan dalam bentuk hiburan kepada pelaku rawat, mendoakan klien dan memberi saran. Olwit, Musisi, Leshabari dan Sanyu (2015) menyatakan jika pelaku rawat mengungkapkan bahwa dirinya sangat terbantu dengan perhatian yang diberikan oleh teman, tetangga dan keluarga. Perhatian yang diberikan tersebut membuat pelaku rawat merasa lebih nyaman dan dapat menemukan alternatif coping menghadapi kondisi klien.

Semua partisipan menyatakan berharap untuk mendapatkan informasi tentang kondisi klien dan rencana tindak lanjut saat sudah dipulangkan. Dua partisipan juga mengatakan harapannya agar mengkomunikasikan keputungan anggota keluarganya jauh-jauh hari. Kamizawa, Mizuno, Sakai, Takataya dan Yamazaki (2013) mengemukakan jika keluarga ingin mendapatkan informasi yang jelas terkait penyakit yang diderita klien tanpa harus mempertimbangkan perasaan mereka. Informasi tentang kondisi nyata klien diharapkan keluarga dapat membantu mereka agar dapat mengatur perasaannya. Keluarga ingin

mengetahui sulitnya untuk beradaptasi dengan penyakit yang dialami klien sehingga ingin mempersiapkan diri terkait hal tersebut. Keluarga berasumsi jika dokter ingin mengantisipasi reaksi keluarga yaitu kebingungan dan tidak mampu menerima kenyataan jika mengetahui kondisi klien sehingga tidak memberikan informasi yang sejelas-jelasnya terkait penyakit yang diderita oleh anggota keluarganya. Keluarga merasa bersalah terhadap kondisi yang harus klien jalani sehingga keluarga berharap agar kondisi klien makin membaik seiring berjalannya waktu. Pelaku rawat juga berharap agar klien dapat belajar untuk bersosialisasi dengan orang lain di sekitar lingkungan tempat tinggalnya.

Ikatan yang kuat antara klien dengan keluarganya merupakan hal penting berikutnya yang harus dibangun oleh perawat jiwa setelah terbangunnya rasa percaya keluarga dengan perawat. Hal tersebut dikarenakan ikatan yang kuat antara keluarga dengan klien merupakan kunci dalam perawatan yang diberikan kepada klien. Keluarga klien apabila tidak mempunyai ikatan percaya yang kuat dengan perawat tidak akan dapat memberikan perawatan secara optimal kepada klien. Beberapa keluarga sebagai pelaku rawat mencoba untuk menghindar dari perawat jiwa karena mereka tidak ingin dilibatkan dalam proses perawatan klien untuk proses pemulihan anggota keluarganya yang dirawat. Keluarga juga ada yang tidak mau mengunjungi klien dan enggan terlibat dalam aktifitas yang dilakukan oleh klien. Sebagian besar perawat jiwa memahami alasan keluarga berperilaku seperti itu diantaranya yaitu keluarga takut dengan perilaku kekerasan yang ditunjukkan oleh klien atau keluarga sibuk dengan pekerjaan mereka atau tidak ada anggota keluarga yang dapat menolong untuk merawat klien. Ikatan kuat berusaha dibangun oleh perawat jiwa terhadap klien dengan keluarganya tersebut dalam hal perencanaan pemulangan dapat dilakukan dengan cara memberikan informasi tentang perilaku klien yang disebabkan oleh sakit yang dideritanya untuk membantu keluarga memahami kondisi klien serta agar

keluarga dapat mencoba beradaptasi dengan kondisi emosi klien. Perawat jiwa percaya bahwa pemahaman terhadap perilaku klien dapat meningkatkan keterlibatan keluarga dalam perawatan klien. Keluarga klien juga mengungkapkan jika dirinya merasa lebih baik setelah mendapatkan informasi dari perawat. Perawat juga dapat memberikan apresiasi kepada keluarga yang telah meluangkan waktunya untuk menjenguk klien di rumah sakit untuk membangun ikatan yang kuat antara klien dengan keluarganya (Chaiyawat, Kertchok dan Yunibhand, 2011).

Kesimpulan

Perencanaan pemulangan klien skizofrenia menimbulkan beberapa respons dari pelaku rawat diantaranya yaitu: perasaan senang, sedih dan ketidaksiapan pelaku rawat. Kendala pelaku rawat dalam hal keterbatasan lokasi dan fasilitas komunikasi. Pelaku rawat mengungkapkan keterbatasan dalam memperoleh informasi akibat tidak diberikannya informasi tentang kondisi klien oleh tenaga kesehatan mulai saat klien masuk ke rumah sakit dari instalasi gawat darurat. Pelaku rawat membutuhkan dukungan lingkungan tempat tinggal terhadap perencanaan pemulangan klien yang diberikan dalam bentuk: tetangga memberi saran pada pelaku rawat agar klien dirawat di rumah sakit jiwa, tetangga menghibur pelaku rawat, tetangga mendoakan klien, tetangga tidak menghina kondisi klien yang mengalami gangguan jiwa serta tetangga mengharapakan klien agar segera pulih. Perencanaan pemulangan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan diberikan dalam bentuk pemberian informasi pada saat klien berada di instalasi gawat darurat, bangsal akut, bangsal sub akut dan pada saat hari pemulangan.

Daftar Pustaka

- Castleton, DK., Green, CA., Janoff, SL., Oken, SL., Paulson, RI., Perrin, NA., Vuckovic, N., Wisdom, JP. (2008). Understanding How Clinician-Patient Relationships And Relational Continuity Of Care Affect Recovery From Serious Mental Illness: STARS Study Results. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, volume 23, no. 1, 9-22.
- Chaiyawat, W., Kertchok, R., Yunibhand, J. (2011). Creating A New Whole: Helping Families Of People With Schizophrenia. *International Journal Of Mental Health Nursing*, 20: 38-46.
- Hansen, B., Mestdagh, A. (2014). Stigma In Patients With Schizophrenia Receiving Community Mental Health Care: A Review Of Qualitative Studies. *Social Psychiatry Epidemiology*, 49: 79-87.
- Kamizawa, N., Mizuno, E., Sakai, I., Takataya, K., Yamazaki, Y. (2013). Female Families Experiences Of Caring For Person With Schizophrenia. *Archives Of Psychiatric Nursing*, 72-77.
- Keliat, Budi Anna. (2003). *Pemberdayaan Klien Dan Keluarga Dalam Perawatan Klien Skizofrenia Dengan Perilaku Kekerasana Di RS Jiwa Pusat Bogor*. Disertasi. Tidak Dipublikasikan. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Nurjannah, Intansari. (2004). *Pedoman Penanganan pada Gangguan Jiwa*. Yogyakarta: Mocomedia.
- Olwit, C., Musisi, S., Leshabari, S., Sanyu, I. (2015). Chronic Sorrow: Lived Experiences Of Caregivers Of Patients Diagnosed With Schizophrenia In Butabika Mental Hospital, Kampala, Uganda. *Archives Of Psychiatric Nursing*, 43-48.
- Towsend, M. C., (2009). *Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice*. 6th Ed. Philadelphia: F.A Davis Company.