

TESIS

**EFEKTIFITAS *DISCHARGE TEACHING* TERHADAP *SELF-EFFICACY*
DAN *RESILIENCE CAREGIVER* DALAM MERAWAT PASIEN
DENGAN GANGGUAN JIWA DI RSKD DADI
PROVINSI SULAWESI SELATAN**



MUH. HAMKA M

R012211010

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2023

HALAMAN PENGAJUAN TESIS

**EFEKTIFITAS *DISCHARGE TEACHING* TERHADAP *SELF-EFFICACY*
DAN *RESILIENCE CAREGIVER* DALAM MERAWAT PASIEN
DENGAN GANGGUAN JIWA DI RSKD DADI
PROVINSI SULAWESI SELATAN**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Memperoleh Gelar Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan

Disusun dan diajukan oleh



MUH. HAMKA M

R012211010

Kepada

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2023

TESIS

**EFEKTIVITAS DISHARGE TEACHING TERHADAP SELF-EFFICACY
DAN RESILIENCE CAREGIVER DALAM MERAWAT PASIEN
DENGAN GANGGUAN JIWA DI RSKD DADI
PROVINSI SULAWESI SELATAN**

Disusun dan diajukan oleh

MUH. HAMKA M

Nomor Pokok: R012211010

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
Pada Tanggal 21 September 2023
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui

Komisi Penasihat,



Prof. Dr. Arizanti Saleh, S.Kep., M.Si
NIP. 196804212001122002



Dr. Suni Hariati, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 19840924 201012 2 003

Ketua Program Studi
Magister Ilmu Keperawatan,



Saldy Yusuf, S.Kep., Ns., MHS., Ph.D., ETN Prof. Dr. Arizanti Saleh, S.Kep., M.Si
NIK. 15781026 201807 3 001 NIP. 196804212001122002

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Muh. Hamka M
NIM : R012211010
Program Studi : S2 Keperawatan
Fakultas : Keperawatan
Judul : Efektifitas *Discharge Teaching* Terhadap *Self-Efficacy* Dan *Resilience Caregiver* Dalam Merawat Pasien Dengan Gangguan Jiwa Di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan

Menyatakan bahwa tesis saya ini asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik Magister baik di Universitas Hasanuddin maupun di Perguruan Tinggi lain. Dalam tesis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama dan dicantumkan dalam daftar rujukan.

Apabila dikemudian hari ada klaim dari pihak lain maka akan menjadi tanggung jawab saya sendiri, bukan tanggung jawab dosen pembimbing atau pengelola Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Unhas dan saya bersedia menerima sanksi akademik sesuai dengan peraturan yang berlaku, termasuk pencabutan gelar Magister yang telah saya peroleh.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Makassar, 21 September 2023

Yang Menyatakan,

A 10,000 Indonesian Rupiah postage stamp is placed over the signature. The stamp features the Garuda Pancasila emblem and the text '10000', 'KORPRI', and 'METERAI TEMPEL'. The serial number 'D 033AKX1878368070' is visible at the bottom left of the stamp.

(Muh. Hamka M)

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Puji dan syukur penulis ucapkan kehadiran Allah SWT yang telah memberikan Rahmat dan Karunia-Nya, sehingga dapat menyelesaikan tesis ini dengan judul “Efektivitas *Discharge Teaching* Terhadap *Self-Efficacy* dan *Resilience Caregiver* dalam Merawat Pasien dengan Gangguan Jiwa di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan”.

Tesis ini dapat diselesaikan berkat bantuan dan dukungan dari berbagai pihak, baik dari keluarga, dosen mata kuliah, maupun rekan-rekan mahasiswa. Secara khusus, penulis mengucapkan terima kasih kepada Ibu Prof. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp.,M.Si sebagai Pembimbing I dan Ibu Dr. Suni Hariati, S.Kep.,Ns.,M.Kep sebagai Pembimbing II atas ketulusan memberikan bimbingan dan masukan dalam penyelesaian tesis ini.

Ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya juga penulis sampaikan kepada:

1. Prof. Dr. Ir. Jamaluddin Jompa, M.Sc, selaku Rektor Universitas Hasanuddin
2. Prof. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp.,M.Kes, selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar.
3. Saldy Yusuf, S.Kep.,Ns.,MHS.,Ph.D.,ETN, selaku Ketua Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanudin.
4. Penguji tesis, Prof. Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp.,M.Kes, Dr. Erfina, S.Kep.,Ns.,M.Kep dan Rini Rachmawaty, S.Kep.,Ns.,MN.,Ph.D yang telah memberikan masukan serta saran dalam penyusunan tesis ini.
5. Para Dosen dan staf pengelola Program Sudi Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin yang telah banyak membantu selama proses pendidikan berlangsung.
6. Direktur RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan yang telah memberikan izin penelitian dan para responden yang telah bersedia menjadi sampel pada penelitian ini.

Penulis menyadari dalam penyusunan tesis ini terdapat beberapa kekurangan, baik dari hal penulisan hingga penyusunan tata bahasa yang belum sesuai dengan kaidah Kamus Besar Bahasa Indonesia. Olehnya itu, penulis sebagai penyusun berharap dapat memperoleh masukan, baik saran maupun kritik yang bersifat membangun agar dapat melakukan perbaikan-perbaikan.

Wassalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Makassar, 21 September 2023

Yang menyatakan,

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke extending to the right.

Muh. Hamka M

ABSTRAK

MUH. HAMKA M. *Efektivitas Discharge Teaching terhadap Self-Efficacy dan Resilience Caregiver dalam Merawat Pasien dengan Gangguan Jiwa di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan* (dibimbing oleh Ariyanti Saleh dan Suni Hariati).

Meningkatkan peran dan keterlibatan *caregiver* melalui pemberian *discharge teaching* dapat mendukung keberhasilan pemulihan dan penyembuhan dalam merawat orang dengan gangguan jiwa. Penelitian ini bertujuan mengetahui efektivitas *discharge teaching* terhadap *self efficacy* dan *resilience caregiver* dalam merawat pasien dengan gangguan jiwa di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan. Penelitian ini berjenis kuantitatif dengan metode eksperimen menggunakan *pre-experimental design (one-group pretest-posttest design)*. Pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *accidental sampling* kepada *caregiver* pasien dengan gangguan jiwa sebanyak tiga puluh orang. Hasil penelitian menunjukkan bahwa usia rata-rata pasien adalah 34,9 tahun, 83,3% berjenis kelamin laki-laki, 56,7% diagnosis medis skizofrenia *unspecified* dan telah dirawat sebanyak 3,5 kali. Rata-rata usia *caregiver* adalah 38,6 tahun, 56,7% perempuan, pendidikan SMA 50,0%, bekerja sebagai IRT, karyawan swasta dan wiraswasta masing-masing 20%, saudara kandung pasien 30%. Umur pasien dan *caregiver* secara signifikan berkorelasi dengan skor *pretest self-efficacy* ($p = 0,005$ dan $0,000$), tetapi tidak berkorelasi dengan *resilience*. Seringnya pasien dirawat di RS berkorelasi dengan skor *pretest self-efficacy* dan *resilience* ($p = 0,000$). Rerata perbedaan skor *self-efficacy* sebelum dan sesudah intervensi adalah 12,5, mayoritas (80,0%) responden mengalami peningkatan skor *self-efficacy*. Rerata perbedaan skor *resilience* yaitu 13,5, sebagian besar (86,7%) responden mengalami peningkatan skor *resilience*. Hasil uji *wilcoxon* diperoleh nilai $p < 0.05$, *discharge teaching* secara signifikan efektif dapat meningkatkan *self-efficacy* dan *resilience caregiver* dalam merawat anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa. Jadi, pemberian *discharge teaching* efektif dapat meningkatkan *self-efficacy* dan *resilience caregiver* dalam merawat pasien dengan gangguan jiwa.

Kata kunci: *caregiver*, *resilience*, rumah sakit jiwa, *self-efficacy*



ABSTRACT

MUH. HAMKA M. *The Effectiveness of Discharge Teaching on Caregiver Self-Efficacy and Resilience in Caring for Patients with Mental Disorders at Dadi Mental Hospital of South Sulawesi Province* (supervised by Ariyanti Saleh and Suni Hariati)

Increasing the role and involvement of caregivers through the provision of discharge teaching can support the success of recovery and healing in caring for people with mental disorders. The aim of this study is to determine the effectiveness of discharge teaching on caregiver self-efficacy and resilience in caring for patients with mental disorders at Dadi Mental Hospital of South Sulawesi Province. This research used quantitative type of experimental method using pre-experimental design (one-group pretest-posttest design). The sample was 30 caregivers of patients with mental disorders, selected using accidental sampling technique. Results: The average age of patients was 34.9 years; consisting of 83.3% male and 56.7% who had had a medical diagnosis of schizophrenia unspecified, and had been treated 3.5 times. The average age of the caregiver was 38.6 years, consisting of 56.7% female, 50.0% high school education, working as housewife, private employees and self-employed respectively 20%, and patient's sibling 30%. The results show that patient and caregiver age are significantly correlated with self-efficacy pretest scores ($p = 0.005$ and 0.000), but not with resilience. Frequent hospitalization is correlated with both self-efficacy and resilience pretest scores ($p = 0.000$). The mean difference in self-efficacy scores before and after the intervention is 12.5, majority (80.0%) of the respondents experience an increase in self-efficacy scores. The mean difference in resilience scores is 13.5. Most (86.7%) of the respondents experience an increase in resilience scores. The results of the Wilcoxon test indicate a value of $p < 0.05$; discharge teaching is significantly effective in increasing self-efficacy and resilience of caregivers in caring for family members who have experience mental disorders. In conclusion, giving discharge teaching is effective in increasing caregiver self-efficacy and resilience in caring for patients with mental disorders.

Keywords: caregiver, mental hospital, resilience, self-efficacy



DAFTAR ISI

	Hal
HALAMAN SAMPUL.....	i
HALAMAN PENGAJUAN TESIS.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
PERNYATAAN KEASLIAN TESIS.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
ABSTRAK.....	vi
ABSTRACT.....	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
DAFTAR SINGKATAN.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	6
C. Tujuan Penelitian.....	6
D. Originalitas Penelitian.....	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Gangguan Jiwa.....	8
B. Konsep <i>Discharge Planning</i>	13
C. Konsep <i>Self-Efficacy</i> dan <i>Resilience</i>	24
D. Efektivitas <i>Discharge Teaching</i> Terhadap <i>Self-Efficacy</i> dan <i>Resilience Caregiver</i> Pasien Gangguan Jiwa	35
E. Kerangka Teori.....	37
BAB III KERANGKA KONSEP PENELITIAN	
A. Kerangka Konsep.....	38
B. Variabel Penelitian.....	38
C. Definisi Operasional.....	39

D. Hipotesis.....	39
BAB IV METODE PENELITIAN	
A. Desain.....	40
B. Tempat dan Waktu Penelitian.....	40
C. Populasi dan Sampel.....	40
D. Intervensi, Instrumen, Metode dan Prosedur Pengumpulan Data...	42
E. Analisa Data.....	47
F. Etik Penelitian.....	47
G. Alur Penelitian.....	49
BAB V HASIL PENELITIAN	
A. Karakteristik Responden.....	50
B. Efektifitas <i>Discharge Teaching</i> Terhadap <i>Self-Efficacy</i> dan <i>Resilience Caregiver</i>	56
BAB VI PEMBAHASAN	
A. Efektifitas <i>Discharge Teaching</i> Terhadap <i>Self-Efficacy Caregiver</i> .	58
B. Efektifitas <i>Discharge Teaching</i> Terhadap <i>Resilience Caregiver</i>	60
C. Implikasi Dalam Keperawatan.....	63
D. Keterbatasan.....	63
BAB VII PENUTUP	
A. Kesimpulan.....	65
B. Saran.....	65
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Nomor		Hal
3.1	Definisi Operasioal Penelitian.....	39
5.1	Karakteristik Pasien Gangguan Jiwa dan <i>Caregiver</i> di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan.....	50
5.2	Analisis Perbedaan Karakteristik <i>Caregiver</i> Berdasarkan Diagnosa Medis Pasien di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan Dengan Skor <i>Self-Efficacy</i> dan <i>Resilience</i>	52
5.3	Efektifitas <i>Discharge Teaching</i> Terhadap <i>Self-Efficacy</i> dan <i>Resilience Caregiver</i> Penderita Gangguan Jiwa di RSKD Dadi Provinsi Sulsel.....	56

DAFTAR GAMBAR

Nomor		Hal
1.	Hubungan Antara Konsep dan Model <i>Self-Efficacy</i>	29
2.	Kerangka Teori.....	37
3.	Kerangka Konsep.....	38
4.	Alur Intervensi.....	45
5.	Alur Penelitian.....	49

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1: Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 2: Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 3: Pedoman *Discharge Teaching*
- Lampiran 4: Kuesioner Penelitian
- Lampiran 5: Rekomendasi Etik Dari Fakultas Keperawatan Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar
- Lampiran 6: Surat Persetujuan Atasan Yang Berwenang
- Lampiran 7: Rekomendasi Persetujuan Etik Dari Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar
- Lampiran 8: Izin Penelitian Dari Dinas Penanaman Modal Dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan
- Lampiran 9: Izin Validitas Dan Penggunaan Instrumen GSES 10 Item dan FRAS 16 Item
- Lampiran 10: Master Tabel Penelitian
- Lampiran 11: Hasil Analisis Penelitian

DAFTAR SINGKATAN

ATENSI	Asistensi Rehabilitasi Sosial
BOR	<i>Bed Occupation Rate</i>
FRAS	<i>Family Resillience Assesment Scale</i>
GSES	<i>General Self-Efficacy Scale</i>
LOS	<i>Length of Stay</i>
M	Mean
Min-max	Minimum-maksimum
PPDGJ	Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa
PTSP	Pelayanan Terpadu Satu Pintu
RS	Rumah Sakit
RSKD	Rumah Sakit Khusus Daerah
SD	<i>Standar Deviasi</i>
TOI	<i>Turn Over Interval</i>
ODGJ	Orang Dengan Gangguan Jiwa
ODMK	Orang Dengan Masalah Kejiwaan
WHO	World Health Organization

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gangguan jiwa ditandai dengan gangguan yang signifikan secara klinis dalam kognisi, regulasi emosi atau perilaku individu yang biasanya berhubungan dengan distress (WHO, 2022). Secara umum, gangguan jiwa dapat disebabkan karena faktor biologis, psikologis dan sosial (Sari et al., 2020). Gangguan jiwa dapat disebabkan karena faktor biologis, termasuk keturunan, cedera otak akibat ketidakseimbangan zat, penyakit pada otak, cedera di kepala dan penyalahgunaan narkoba; faktor psikologis, seperti tidak dapat menyesuaikan diri, gangguan kepribadian, trauma dimasa lalu, konflik batin, stres; dan faktor sosial, seperti konflik dengan keluarga, orang lain, masalah ekonomi, pekerjaan, dan keadaan lingkungan sekitar (Kementerian Kesehatan RI, 2019). Gangguan jiwa telah masalah global yang apabila tidak ditangani, maka prevalensinya akan meningkat setiap tahun.

Prevalensi gangguan jiwa di seluruh dunia mengalami peningkatan setiap tahunnya. Secara global, satu dari setiap delapan orang atau 970 juta orang di seluruh dunia hidup dengan gangguan jiwa dan sekitar 1 dari 4 keluarga memiliki anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa (WHO, 2022). Di Indonesia terjadi peningkatan prevalensi gangguan jiwa, dimana tahun 2013 sebanyak <5% dan pada tahun 2018 meningkat menjadi 7% atau sekitar 450 ribu orang, sementara di Provinsi Sulawesi Selatan dilaporkan sebanyak 8.677 (8.8%) mengalami gangguan jiwa skizofrenia/psikosis dan 22.798 (12.8%) gangguan mental emosional (Kementerian Kesehatan RI, 2019). Di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan, penderita gangguan jiwa tahun 2022 sebanyak 2.148 orang (RSKD Dadi, 2022). Meskipun tidak menyebabkan kematian secara langsung, namun gangguan jiwa dapat mempengaruhi aktivitas sehari-hari yang berdampak terhadap menurunnya produktivitas (Purwanti et al., 2018). Oleh karena itu, diperlukan upaya penanganan yang tepat secara komprehensif dan berkesinambungan.

Undang-Undang No 18 Tahun 2014, menyebutkan bahwa upaya penanganan kesehatan jiwa dilakukan dengan memberikan pelayanan kesehatan secara terintegrasi, komprehensif dan berkesinambungan melalui kegiatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif bagi Orang Dengan Masalah Kejiwaan (ODMK) dan Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) (Lembaran Negara RI, 2014). Pemerintah Indonesia melalui Kementerian Sosial, mengeluarkan kebijakan untuk penanganan penyandang disabilitas mental yaitu Asistensi Rehabilitasi Sosial (ATENSI) sebagai penghormatan, perlindungan dan pemenuhan hak-hak penyandang disabilitas, dimana komponen utamanya adalah pemenuhan kebutuhan dasar, perawatan sosial, terapi dan dukungan bagi keluarga atau *caregiver*. Kementerian Sosial juga menginstruksikan kepada Dinas Sosial di setiap daerah untuk melakukan fungsi pelayanan kesejahteraan sosial melalui pendampingan yang tidak hanya diberikan kepada ODGJ, namun juga kepada pihak keluarga atau *family caregiver* serta lingkungan masyarakat agar bisa mengembalikan fungsi sosial ODGJ baik di dalam keluarga maupun di masyarakat (Humas Ditjen Rehsos, 2020). Peran dan keterlibatan *caregiver* sangat penting dalam pemulihan dan penyembuhan pasien yang mengalami gangguan jiwa.

Meningkatkan peran dan keterlibatan *caregiver* dapat mendukung keberhasilan pemulihan dan penyembuhan pasien gangguan jiwa. *Caregiver* memainkan banyak peran dalam merawat orang dengan gangguan jiwa, termasuk merawat sehari-hari, mengawasi obat-obatan, membawa pasien ke rumah sakit dan mengurus kebutuhan keuangan, meskipun terkadang mereka harus menanggung gangguan perilaku dari pasien hingga stigma dari masyarakat (Chadda, 2014).

Di Indonesia, masalah yang sering dialami keluarga ODGJ adalah adanya sikap penolakan, penyangkalan, disisihkan dan diisolasi di masyarakat yang menyebabkan beban psikologis sehingga berdampak pada kurang adekuatnya dukungan yang diberikan pada anggota keluarganya yang menderita gangguan jiwa (Cahyono et al., 2022). Sebuah penelitian melaporkan bahwa penyakit mental telah menyebabkan gangguan dalam

kehidupan sehari-hari pasien, mengakibatkan kepasifan, dan hilangnya kemampuan secara bertahap pada pasien; selain pada pasien, hal tersebut juga menyebabkan stres yang tinggi pada *caregiver* yang sulit diatasi, *caregiver* merasa kurang mendapat dukungan dari profesional kesehatan, menganggap diri mereka ditinggalkan dalam perannya sebagai *caregiver*, dan hidup dengan anggota keluarga yang sakit jiwa dianggap sebagai situasi yang sangat menegangkan (Ebrahimi et al., 2018). Melibatkan *caregiver* dalam kebijakan sistem kesehatan mental dan dalam rencana perawatan dapat memengaruhi keterampilan dan koping mereka dalam merawat anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa (Ebrahimi et al., 2018). Oleh karena itu, keterlibatan pihak luar termasuk perawat sangat penting untuk membantu meningkatkan *self-efficacy* dan *resilience caregiver* dalam merawat anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa saat di rumah.

Perawat sebagai petugas paling banyak yang berinteraksi dengan pasien memiliki peran penting dalam proses perawatan dan pemulihan ODGJ, salah satunya sebagai pendidik bagi *caregiver* untuk meningkatkan *self-efficacy* dan *resilience* dalam merawat anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa. *Self-efficacy* merupakan suatu keyakinan yang diiringi kepercayaan atas dasar kemampuannya, sehingga dapat melakukan sebuah kontrol dengan batasan mereka sendiri dari fungsi yang dimiliki atas peristiwa yang dialami (Solehah, 2021), sedangkan *resilience* diartikan sebagai kemampuan individu untuk beradaptasi dalam menghadapi kesulitan, trauma, tragedi, ancaman atau sumber signifikan dari stress dan mengelolanya untuk kembali ke keadaan positif (Shrivastava & Desousa, 2016; Poloni et al., 2018). Seseorang yang memiliki *self-efficacy* tinggi akan mampu merubah perilaku, memotivasi anggota keluarga lain untuk memberikan perawatan yang terbaik pada anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa sehingga dapat mencegah terjadinya kekambuhan (Rokhyati et al., 2019). Demikian dengan *caregiver* yang memiliki *resilience* tinggi akan mampu beradaptasi dengan kesulitan yang dihadapi, menjadi lebih peduli terhadap kehidupannya, dan masa depan anggota keluarganya yang memiliki masalah

kesehatan sehingga mampu bertahan dalam menjalani kehidupannya (Suarningsih, 2017). *Self-efficacy* dan *resilience caregiver* dapat ditingkatkan dengan memberikan intervensi yang tepat berfokus pada masalah dan kebutuhan *caregiver*.

Berbagai intervensi yang dapat dilakukan untuk meningkatkan *self-efficacy* dan *resilience caregiver* telah dilaporkan oleh beberapa penelitian sebelumnya, diantaranya adalah intervensi berbasis meditasi pada *caregiver* pasien dengan Alzheimer (Pandya, 2019); pelatihan mindfulness pada *caregiver* pasien dengan masalah demensia (Liu et al., 2017); psikoedukasi dan intervensi berbasis terapi perilaku kognitif (Chi et al., 2023). Selain itu, sejumlah penelitian sebelumnya melaporkan efektivitas *discharge teaching* dalam meningkatkan kesiapan pasien dan *caregiver* setelah pemulangan (Mabire et al., 2018); pengurangan tingkat kekambuhan (Haselden et al., 2019); penurunan readmisi (Luther et al., 2019); berkurangnya lama rawat (Knier et al., 2015); peningkatan hasil klinis pasien dan pengurangan biaya perawatan (Topham et al., 2022). Meskipun demikian, *discharge teaching* yang diberikan pada penelitian-penelitian sebelumnya umumnya hanya dilakukan dalam satu sesi yaitu pemberian edukasi kesehatan, namun pada penelitian ini intervensi *discharge teaching* dimodifikasi dalam tiga sesi mulai dari pengkajian masalah atau kebutuhan *caregiver* untuk memastikan bahwa edukasi yang akan diberikan sesuai dengan masalah yang dihadapi *caregiver* saat ini, kemudian pemberian *discharge teaching* berupa edukasi kesehatan sesuai kebutuhan *caregiver* pada hasil pengkajian, dilanjutkan dengan *coaching* untuk memberikan kesempatan pada *caregiver* dalam memilih atau memutuskan cara tepat yang akan digunakan untuk merawat anggota keluarganya dengan gangguan jiwa setelah pulang ke rumah.

Discharge teaching merupakan pemberian pendidikan kesehatan yang dapat diberikan oleh perawat kepada pasien, keluarga atau *caregiver* pada saat pasien akan pulang ke rumah untuk meningkatkan perencanaan pemulangan dan mengurangi kejadian buruk setelah pemulangan. Sangat penting bagi perawat untuk mengidentifikasi kebutuhan *caregiver*, tekanan

yang dihadapi dan memperkenalkan intervensi yang sesuai kepada mereka sehingga dapat mengurangi beban *caregiver*, membantu mengembangkan strategi koping yang sehat dan meningkatkan kemampuan pengasuhan (Chadda, 2014). Sesi *discharge teaching* dengan *caregiver* dapat mencakup informasi proses pemulangan, pengenalan singkat tentang kondisi dan diagnosis pasien, gejala yang muncul, tanda awal kekambuhan, pengobatan yang tersedia, keamanan dan efek samping umum pengobatan, biaya terkait pengobatan, dan metode penanggulangan ketika pasien kambuh (Topham et al., 2022). Pemberian *discharge teaching* dapat meningkatkan pengetahuan *caregiver* mengenai tanda dan gejala penyakit, gejala kekambuhan, informasi pengobatan, mengurangi beban keluarga, dan meningkatkan kesiapan *caregiver* dalam merawat anggota keluarganya di rumah yang mengalami gangguan jiwa (Zukhrufa & Taftazani, 2021). Secara statistik *discharge teaching* dikaitkan dengan penurunan readmisi (Luther et al., 2019); berkurangnya lama rawat (Knier et al., 2015); meningkatkan hasil klinis pasien dan mengurangi biaya perawatan (Bobay et al., 2010).

Penelitian yang dilakukan oleh Kalsum (2022) mengemukakan capaian *Bed Occupation Rate* (BOR), *Length of Stay* (LOS) dan *Turn Over Interval* (TOI) di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan tidak sesuai dengan standar, dimana peningkatan LOS disebabkan karena tidak adanya dukungan keluarga; peningkatan BOR karena terjadinya *overload* pasien; sementara perbedaan TOI disebabkan karena ketidaksesuaian jumlah tempat tidur dengan pasien. Penelitian tersebut melibatkan *caregiver* yang memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa untuk menilai hubungan *discharge teaching* dengan kesiapan keluarga menghadapi pemulangan pasien gangguan jiwa, namun efektifitasnya terhadap *self-efficacy* dan *resilience* belum diketahui. Oleh karena itu, penelitian ini dilakukan untuk mengetahui efektifitas *discharge teaching* terhadap *self-efficacy* dan *resilience caregiver* dalam merawat pasien dengan gangguan jiwa di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan.

B. Rumusan Masalah

Masalah gangguan jiwa masih menjadi permasalahan serius di seluruh dunia dengan prevalensi yang cenderung terus meningkat. Meskipun tidak menyebabkan kematian secara langsung, namun gangguan jiwa memiliki konsekuensi negatif yang cukup besar pada kualitas hidup pasien yang berdampak pada menurunnya produktivitas serta meningkatkan beban bagi *caregiver* seperti biaya fisik, emosional, dan finansial untuk merawat anggota keluarga yang menderita kondisi medis tersebut. Selain itu, tingginya stigma negatif pada ODGJ dan keluarganya di masyarakat telah menyebabkan beban psikologis yang berat bagi *caregiver* sehingga berdampak pada kurang adekuatnya dukungan yang diberikan pada anggota keluarganya yang menderita gangguan jiwa dalam proses pemulihan. Oleh karena itu, diperlukan keterlibatan pihak luar termasuk perawat untuk membantu meningkatkan *self-efficacy* dan *resilience caregiver* dalam merawat anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa, salah satunya melalui pemberian *discharge teaching*.

Berdasarkan rumusan masalah diatas, peneliti merumuskan pertanyaan penelitian yaitu “bagaimana efektifitas *discharge teaching* terhadap *self-efficacy* dan *resilience caregiver* dalam merawat pasien dengan gangguan jiwa di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan penelitian ini adalah diketahuinya efektifitas *discharge teaching* terhadap *self-efficacy* dan *resilience caregiver* dalam merawat pasien dengan gangguan jiwa di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketahuinya *self-efficacy caregiver* dalam merawat pasien dengan gangguan jiwa sebelum dan sesudah pelaksanaan *discharge teaching*.
- b. Diketahuinya *resilience caregiver* dalam merawat pasien dengan gangguan jiwa sebelum dan sesudah pelaksanaan *discharge teaching*.

D. Originalitas Penelitian

Sejumlah penelitian mengenai efektifitas *discharge teaching* pada *caregiver* pasien gangguan jiwa telah dilakukan, diantaranya melaporkan bahwa *discharge teaching* efektif mengurangi readmisi dan penggunaan layanan yang tidak tepat setelah pemulangan, meningkatkan kesiapan pasien dan *caregiver* dan merasa lebih puas dengan perawatan yang diberikan (Mabire et al., 2018); pengurangan tingkat kekambuhan serta peningkatan fungsi keluarga dan pasien (Haselden et al., 2019); penurunan readmisi (Luther et al., 2019); berkurangnya lama rawat (Knier et al., 2015); peningkatan hasil klinis pasien dan mengurangi biaya perawatan (Topham et al., 2022); Penelitian sebelumnya di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan yang dilakukan Kalsum (2022) melaporkan bahwa kurangnya dukungan keluarga menyebabkan peningkatan LOS yang menyebabkan *overload* pasien dan ketidaksesuaian jumlah tempat tidur dengan pasien. Penelitian tersebut melibatkan *caregiver* untuk menilai hubungan *discharge teaching* dengan kesiapan keluarga menghadapi pemulangan pasien gangguan jiwa, namun efektifitas *discharge teaching* terhadap *self-efficacy* dan *resilience caregiver* belum diketahui. Oleh karena itu, originalitas penelitian ini adalah efektifitas *discharge teaching* terhadap *self-efficacy* dan *resilience caregiver* dalam merawat pasien dengan gangguan jiwa di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Gangguan Jiwa

1. Definisi

Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ) III di Indonesia, gangguan jiwa didefinisikan sebagai sindrom pola perilaku seseorang yang secara khas berkaitan dengan suatu gejala penderitaan (*distress*) didalam satu atau lebih fungsi yang penting dari manusia, yaitu fungsi psikologik, perilaku, biologik dan gangguan itu tidak hanya terletak didalam hubungan antara orang itu tetapi juga dengan masyarakat (Yosep & Sutini, 2016). Menurut Undang-Undang No 18 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Jiwa, ODGJ adalah orang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala dan/atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi orang sebagai manusia (Lembaran Negara RI, 2014). Gangguan jiwa adalah gangguan medis yang manifestasinya berupa tanda atau gejala yang bersifat psikologis (perilaku), atau jika bersifat fisik, dapat dipahami hanya dengan menggunakan konsep psikologis (Spitzer et al., 2018).

2. Penyebab dan Faktor Risiko

Secara umum, gangguan jiwa dapat disebabkan karena sejumlah faktor, diantaranya adalah faktor biologis seperti keturunan, cedera pada otak akibat ketidakseimbangan zat di otak, penyakit pada otak, cedera di kepala dan penyalahgunaan narkoba; faktor psikologis, seperti: tidak dapat menyesuaikan diri akan perubahan pada lingkungan, gangguan kepribadian, trauma di masa lalu, konflik dalam batin dan stres akibat keinginan yang tidak tercapai; dan faktor sosial, seperti adanya konflik dengan keluarga, orang lain, masalah ekonomi, pekerjaan serta keadaan di lingkungan sekeliling (Kementerian Kesehatan RI, 2019). Penelitian lain mengemukakan bahwa faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian

gangguan jiwa adalah faktor genetik, trauma masa kecil, stres dan pola asuh (Kirana et al., 2022). Faktor protektif dan risiko termasuk faktor psikologis dan biologis individu, seperti keterampilan emosional serta genetika. Selain itu, orang-orang yang terpapar dengan keadaan buruk, seperti kemiskinan, kekerasan, kecacatan, dan ketidaksetaraan memiliki risiko yang lebih tinggi untuk mengalami gangguan jiwa (WHO, 2022).

3. Jenis Gangguan Jiwa

a. Depresi

Depresi berbeda dari fluktuasi suasana hati yang biasa dan respon emosional yang berumur pendek terhadap tantangan dalam kehidupan sehari-hari. Selama episode depresi, orang tersebut mengalami suasana hati yang tertekan (merasa sedih, mudah tersinggung, kosong) atau kehilangan kesenangan atau minat dalam aktivitas hampir hari, setidaknya selama dua minggu. Beberapa gejala lain yang juga muncul, seperti konsentrasi yang buruk, perasaan bersalah yang berlebihan atau harga diri rendah, keputusasaan tentang masa depan, pikiran tentang kematian atau bunuh diri, tidur terganggu, perubahan nafsu makan atau berat badan dan merasa sangat lelah atau rendah diri (Ausín et al., 2017). Hasil lainnya menunjukkan bahwa gangguan dengan perkiraan prevalensi tertinggi adalah depresi demensia (19.47%), depresi berat seumur hidup (16.52%) dan gangguan penggunaan alkohol seumur hidup (11,71).

b. Kecemasan

Gangguan kecemasan ditandai dengan ketakutan dan kekhawatiran yang berlebihan dan gangguan perilaku terkait. Gejalanya cukup parah untuk mengakibatkan penderitaan yang signifikan atau gangguan fungsi yang signifikan. Terdapat beberapa jenis gangguan kecemasan, seperti: gangguan kecemasan umum (ditandai dengan kekhawatiran yang berlebihan); gangguan panik (ditandai dengan serangan panik); gangguan kecemasan sosial (ditandai dengan ketakutan dan kekhawatiran yang berlebihan dalam situasi sosial);

gangguan kecemasan perpisahan (ditandai dengan ketakutan atau kecemasan yang berlebihan tentang perpisahan dari orang-orang yang memiliki ikatan emosional yang dalam dengan orang tersebut); dan lain-lain. Perawatan psikologis yang efektif tergantung pada usia dan tingkat keparahan (Andreas et al., 2022). Studi lain melaporkan bahwa gangguan kecemasan secara keseluruhan diperkirakan sekitar 0.88% (Volkert et al., 2013).

c. Skizofrenia

Orang dengan skizofrenia memiliki harapan hidup 10-20 tahun di bawah populasi umum. Skizofrenia ditandai dengan gangguan yang signifikan dalam persepsi dan perubahan perilaku (Ausín et al., 2017). Gejala mungkin termasuk delusi persisten, halusinasi, pemikiran yang tidak teratur, perilaku yang sangat tidak teratur, atau agitasi yang ekstrim. Orang dengan skizofrenia mungkin mengalami kesulitan terus-menerus dengan fungsi kognitif mereka. Namun, ada berbagai pilihan pengobatan yang efektif, termasuk pengobatan, psikoedukasi keluarga dan rehabilitasi psikososial (Andreas et al., 2022).

4. Tanda dan Gejala

Gangguan jiwa ditandai dengan gangguan yang signifikan secara klinis dalam kognisi, regulasi emosi atau perilaku individu yang biasanya berhubungan dengan distress atau gangguan pada area fungsi yang penting (WHO, 2022).

Adapun tanda dan gejala gangguan jiwa yaitu sebagai berikut (Yosep & Sutini, 2016):

- a. Gangguan kognisi, yaitu suatu proses mental dimana seseorang menyadari dan mempertahankan hubungan dengan lingkungannya, baik internal maupun eksternal.
 - 1) Gangguan sensasi dimana seseorang mengalami gangguan kesadaran akan suatu rangsangan.
 - 2) Gangguan persepsi akan suatu rangsang yang dimengerti atau bisa diartikan sebagai sensasi yang didapat dari proses interaksi.

- b. Gangguan asosiasi, dimana perasaan, kesan, atau gambaran ingatan cenderung menimbulkan kesan atau gambaran ingatan respon atau konsep lain yang sebelumnya berkaitan dengannya.
 - c. Gangguan perhatian yaitu suatu yaitu pemusatan atau konsentrasi.
 - d. Gangguan ingatan. Ingatan adalah kesanggupan untuk mencatat, menyimpan, serta memproduksi isi dan tanda-tanda kesadaran. Proses ingatan terdiri atas tiga unsur yaitu pencatatan, penyimpanan, pemanggilan data.
 - e. Gangguan psikomotor, meliputi kondisi perilaku motorik, atau aspek motorik dari suatu perilaku. Bentuk gangguan psikomotor dapat berupa aktivitas yang meningkat atau menurun, aktivitas terganggu atau tidak sesuai, berulang-ulang, otomatisisme perintah tanpa disadari, negativisme dan aversi (reaksi agresif).
 - f. Gangguan kemauan, yaitu proses dimana keinginan-keinginan dipertimbangkan kemudian diputuskan untuk dilaksanakan hingga mencapai tujuan.
 - g. Gangguan emosi dan afek. Emosi adalah pengalaman sadar yang memberikan pengaruh pada aktivitas tubuh dan menghasilkan sensasi organik, sedangkan afek merupakan perasaan emosional seseorang yang menyenangkan atau tidak yang berlangsung lama.
5. Upaya Kesehatan Jiwa

Upaya Kesehatan jiwa menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Jiwa adalah setiap kegiatan untuk mewujudkan derajat kesehatan jiwa yang optimal bagi setiap individu, keluarga dan masyarakat dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang diselenggarakan secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah dan/atau masyarakat yang bertujuan (Lembaran Negara RI, 2014):

- a. Menjamin setiap orang dapat mencapai kualitas hidup yang baik, menikmati kehidupan kejiwaan yang sehat, bebas dari ketakutan, tekanan dan gangguan lain yang dapat mengganggu kesehatan jiwa.

- b. Menjamin setiap orang dapat mengembangkan kecerdasan.
 - c. Memberikan perlindungan dan menjamin pelayanan kesehatan jiwa bagi ODMK dan ODGJ berdasarkan hak asasi manusia.
 - d. Memberikan pelayanan kesehatan secara terintegrasi, komprehensif dan berkesinambungan melalui upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif bagi ODMK dan ODGJ.
 - e. Menjamin ketersediaan dan ketedangkauan sumber daya dalam upaya kesehatan jiwa.
 - f. Meningkatkan mutu upaya kesehatan jiwa sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.
 - g. Memberikan kesempatan kepada ODMK dan ODGJ untuk dapat memperoleh haknya sebagai Warga Negara Indonesia.
6. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan gangguan mental yang efektif adalah kunci untuk memastikan bahwa orang menerima perawatan yang mereka butuhkan. Pengobatan yang efektif untuk gangguan jiwa tersedia melalui psikofarmaka untuk menekan dan menghilangkan gejala; pengobatan psikososial seperti konseling; dan psikoterapi untuk memperbaiki kemampuan beradaptasi pasien (WHO, 2022).

B. Konsep *Discharge Planning*

1. Definisi

Menurut Zwicker & Picariello (2003) *discharge planning* adalah suatu proses yang sistematis dalam pelayanan kesehatan untuk membantu pasien dan keluarga dalam menetapkan kebutuhan, mengimplementasikan serta mengkoordinasikan rencana perawatan yang akan dilakukan setelah pasien pulang dari RS sehingga dapat meningkatkan atau mempertahankan derajat kesehatannya (Darliana, 2012). *Discharge planning* untuk individu yang hidup dengan masalah kesehatan mental adalah proses untuk mengidentifikasi dan mengatur layanan dan koneksi yang dibutuhkan seseorang dengan penyakit mental, penyalahgunaan zat dan kerentanan lainnya ketika meninggalkan RS atau dan kembali ke komunitas

(Nurjannah et al., 2014). *The Mental Health Commission* mendefinisikan *discharge planning* sebagai proses terstruktur dan standar untuk memastikan transisi yang aman dan sukses dari orang dengan penyakit mental antara pengaturan rawat inap dan dari RS ke masyarakat (Xiao et al., 2019). *Discharge planning* dalam bidang jiwa merupakan bagian pemulihan perawatan sebagai alat untuk memantau kebutuhan pasien dan keluarga khususnya kebutuhan pemulangan (Sari et al., 2020).

2. Tujuan dan Manfaat

Spath (2003) mengemukakan bahwa tujuan *discharge planning* antarlain sebagai berikut (Darliana, 2012):

- a. Mempersiapkan pasien dan keluarga secara fisik dan psikologis untuk pulang dan beradaptasi dengan perubahan lingkungan.
- b. Mempersiapkan keluarga secara emosional dan psikologis terhadap perubahan kondisi pasien.
- c. Memberikan informasi pada pasien dan keluarga sesuai kebutuhan mereka baik secara tertulis maupun secara verbal.
- d. Memfasilitasi kelancaran perpindahan dan meyakinkan bahwa semua fasilitas kesehatan dan lingkungan pasien telah siap menerima kondisi pasien.
- e. Meningkatkan kemandirian pasien dan keluarga untuk meningkatkan derajat kesehatan pasien.
- f. Memberikan kontinuitas perawatan antara RS dengan lingkungan baru pasien dengan menjalin komunikasi yang efektif.

Menurut Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) dan Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) yang disampaikan pada kelas online *MPP-Case Manager*, tujuan *discharge planning* adalah sebagai berikut (Rita Sekarsari, 2022):

- a. Menyiapkan pasien dan keluarga secara fisik, psikologis dan sosial
- b. Meningkatkan kemandirian pasien dan keluarga
- c. Meningkatkan proses keperawatanyang berkelanjutan pada pasien
- d. Membantu rujukan pasien pada sistem pelayanan kesehatan yang lain

- e. Membantu pasien dan keluarga untuk memperoleh pengetahuan keterampilan serta sikap dalam memperbaiki dan mempertahankan status kesehatan
- f. Melaksanakan rentang keperawatan antara RS dan masyarakat

Manfaat *discharge planning* adalah (Rita Sekarsari, 2022):

- a. Memberi kesempatan kepada pasien untuk mendapat informasi selama di RS sehingga dapat dimanfaatkan sewaktu di rumah
- b. Tindak lanjut sistematis untuk menjamin kontinuitas perawatan kesehatan
- c. Mengevaluasi pengaruh dari intervensi terhadap pasien selama di RS dan mengidentifikasi kekambuhan atau kebutuhan keperawatan selanjutnya
- d. Membantu kemandirian dan kesiapan melakukan keperawatan di rumah

Discharge planning dalam kesehatan mental digambarkan sebagai metode untuk mencapai hasil pasien yang diinginkan setelah rawat inap, termasuk kehadiran pada janji tindak lanjut dan peningkatan kualitas hidup serta untuk mengurangi konsekuensi yang merugikan atau negatif, seperti tunawisma dan rawat inap kembali di RS (Xiao et al., 2019). Hasil penelitian menunjukkan bahwa *discharge planning* dapat mengurangi lama tinggal dan penerimaan kembali, menurunkan biaya, memastikan kesinambungan perawatan di masyarakat, meningkatkan kesehatan mental pasien, kepuasan pasien dengan anggota tim perawat, meningkatkan hasil penyakit dan transisi pasien yang lebih aman ke rumah serta mempromosikan keselamatan pasien (Gholizadeh et al., 2016). Tinjauan sistematis sebelumnya melaporkan bahwa pelaksanaan *discharge planning* yang efektif dapat menurunkan lama rawat di RS, mengurangi risiko readmisi, meningkatkan kepuasan kesehatan bagi pasien dan profesional dan dapat mengurangi biaya pelayanan kesehatan (Gonçalves-Bradley et al., 2016).

3. Indikator *Discharge Planning*

Discharge planning ditemukan sebagai konsep multidimensi dengan enam indikator yang menentukan yaitu: penilaian kebutuhan yang komprehensif; kolaboratif dan perawatan yang berpusat pada pasien; manajemen ketersediaan sumber daya; koordinasi perawatan; peran perencanaan pemulangan; dan rencana pelepasan (Xiao et al., 2019).

4. Prinsip Proses Perencanaan *Discharge Planning*

Prinsip proses perencanaan dalam *discharge planning* adalah sebagai berikut (Rita Sekarsari, 2022):

- a. Dimulai saat admisi rawat inap dan dilanjutkan pada hari berikutnya sesuai kebutuhan.
- b. Identifikasi apakah pasien memerlukan kebutuhan yang sederhana atau kompleks untuk pemulangan atau transfernya.
- c. Professional Pemberi Asuhan (PPA) menyusun rencana klinis asuhan pasien dalam waktu 24 jam setelah masuk rawat inap.
- d. Koordinasikan proses pemulangan/transfer melalui kepemimpinan dan tanggung-jawab pengoperan tugas pada tingkat ruangan.
- e. PPA menetapkan tanggal yang diharapkan untuk pemulangan/transfer 24-48 jam setelah admisi (EDD = *Expected Discharge Date*). Manajer Pelayanan Pasien (MPP) mendiskusikannya dengan PPA, pasien dan keluarga/pemberi asuhan.
- f. PPA dan MPP melakukan review atas rencana klinis asuhan dan update EDD.
- g. Libatkan pasien, keluarga, pemberi asuhan dirumah untuk keputusan dan pilihan pelayanan.
- h. Rencanakan pelayanan sampai tujuh hari.
- i. Gunakan daftar tilik (*check list*) 24-48 jam sebelum proses pemulangan.
- j. Biasakan mempertimbangkan keputusan tentang rencana pemulangan pasien setiap hari.

5. Faktor yang Mempengaruhi Pelaksanaan *Discharge Planning*

Poglistsch (2011) mengemukakan bahwa pelaksanaan discharge planning dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya adalah sebagai berikut (Solvianun & Jannah, 2017):

- a. Sumber Daya Manusia (SDM), dalam hal ini adalah perawat dan tim kesehatan lain di RS
- b. Keterlibatan pasien dan keluarga
- c. Komunikasi yang efektif
- d. Waktu pelaksanaan yang tepat
- e. Perjanjian dan konsensus

6. Tahapan Pelaksanaan *Discharge Planning*

Proses pelaksanaan *discharge planning* dilakukan melalui lima tahapan, yaitu: seleksi pasien, pengkajian, perencanaan, implementasi dan evaluasi (Darliana, 2012; Rita Sekarsari, 2022):

a. Seleksi pasien

Tahap ini meliputi identifikasi pasien yang membutuhkan *discharge planning*, semua pasien membutuhkan pelayanan, tetapi pemberian *discharge planning* lebih diprioritaskan bagi pasien yang mempunyai risiko lebih tinggi memiliki kebutuhan akan pelayanan khusus. Slevin (1996) mendeskripsikan karakteristik pasien yang membutuhkan *discharge planning* dan rujukan ke pelayanan kesehatan adalah pasien yang kurang pengetahuan tentang rencana pengobatan, isolasi sosial, diagnosa baru penyakit kronik, operasi besar, perpanjangan masa penyembuhan dari operasi besar atau penyakit, ketidakstabilan mental atau emosi, penatalaksanaan perawatan dirumah yang kompleks, kesulitan financial, ketidakmampuan menggunakan sumber-sumber rujukan, serta pasien yang sakit pada tahap terminal.

Discharge planning juga diindikasikan pada pasien yang berada pada perawatan khusus seperti *nursing home* atau pusat rehabilitasi. Selain itu juga perlu dipertimbangkan kondisi sosial ekonomi serta

lingkungan pasien seperti kemampuan anggota keluarga untuk merawat serta fasilitas lingkungan yang sesuai dengan kondisi pasien.

b. Pengkajian

Pengkajian *discharge planning* berfokus pada empat area, yaitu pengkajian fisik dan psikososial, status fungsional, kebutuhan pendidikan kesehatan dan konseling dengan prinsip-prinsip sebagai berikut:

- 1) Pengkajian dilakukan pada saat pasien masuk dan berlanjut selama perawatan.
- 2) Pengkajian berfokus pada pasien dewasa yang berisiko tinggi tidak tercapainya hasil *discharge planning*.
- 3) Pengkajian meliputi:
 - a) Status fungsional (kemampuan dalam aktivitas sehari-hari dan fungsi kemandirian).
 - b) Status kognitif (kemampuan pasien dalam berpartisipasi dalam proses *discharge planning* dan kemampuan mempelajari informasi baru).
 - c) Status psikologi pasien, khususnya pengkajian terhadap depresi.
 - d) Persepsi pasien terhadap kemampuan perawatan diri.
 - e) Kemampuan fisik dan psikologi keluarga dalam perawatan pasien.
 - f) Kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan perawatan kesehatan setelah pulang.
 - g) Faktor lingkungan setelah pulang dari RS.
 - h) Kebutuhan dukungan formal dan informal keluarga dalam memberikan perawatan yang benar dan efektif.
 - i) Review pengobatan dan dampaknya.
 - j) Akses ke pelayanan setelah pulang dari RS.

Pengkajian dalam proses *discharge planning* ini harus dilakukan secara komprehensif dan mempertimbangkan kriteria pasien yang membutuhkan *discharge planning* baik pada pasien sendiri maupun

keluarga yang akan melanjutkan perawatan setelah pulang dari RS. Agar sasaran kontinuitas perawatan tercapai, pasien dan keluarga harus dapat beradaptasi dengan kondisi kesehatan serta beban keluarga dapat diminimalkan.

c. Perencanaan

Dalam perencanaan diperlukan adanya kolaborasi dengan team kesehatan lainnya, diskusi dengan keluarga dan pemberian penkes sesuai pengkajian. Menurut Slevin (1996) pendekatan yang digunakan pada *discharge planning* difokuskan pada enam area penting dari pemberian pendidikan kesehatan yang dikenal dengan istilah "METHOD" dan disesuaikan dengan kebijakan masing-masing RS.

- 1) *Medication*. Pasien diharapkan mengetahui tentang: nama obat, dosis yang harus dikonsumsi, waktu pemberiannya, tujuan penggunaan obat, efek obat, gejala yang mungkin menyimpang dari efek obat dan hal-hal spesifik lain yang perlu dilaporkan.
- 2) *Environment*. Pasien akan dijamin tentang: instruksi yang adekuat mengenai keterampilan penting yang diperlukan di rumah dan koreksi berbagai bahaya di lingkungan rumah, support emosional yang adekuat, investigasi sumber-sumber dukungan ekonomi, investigasi transportasi yang akan digunakan klien
- 3) *Treatment*. Pasien dan keluarga dapat: mengetahui tujuan perawatan yang akan dilanjutkan di rumah, serta mampu mendemonstrasikan cara perawatan secara benar.
- 4) *Health*. Pasien akan dapat mendeskripsikan bagaimana penyakitnya atau kondisinya yang terkait dengan fungsi tubuh dan makna-makna penting untuk mencapai derajat kesehatan yang tinggi.
- 5) *Outpatient Referral*. Pasien dapat: mengetahui waktu dan tempat untuk kontrol kesehatan, mengetahui dimana dan siapa yang dapat dihubungi untuk membantu perawatan dan pengobatannya.
- 6) *Diet*. Pasien diharapkan mampu: mendeskripsikan tujuan pemberian diet, merencanakan jenis-jenis menu yang sesuai dengan dietnya.

d. Sumber daya

Mengidentifikasi sumber daya pasien terkait dengan kontinuitas perawatan pasien setelah pulang dari RS, seperti keluarga yang akan merawat, finansial keluarga, *nursing home* atau pusat rehabilitasi.

e. Implementasi

Fokus pada tahap implementasi ini adalah memberikan pendidikan kesehatan serta pendokumentasian. Dalam pemberian pendidikan kesehatan bukan hanya sekedar pemberian informasi tetapi merupakan suatu proses mempengaruhi perilaku individu. Pemberian pendidikan kesehatan dapat berupa *discharge teaching*.

1) Definisi

Discharge teaching adalah pemberian pendidikan kesehatan kepada pasien, keluarga atau *caregiver* pada saat pasien akan pulang ke rumah untuk meningkatkan persiapan pemulangan dan mengurangi kejadian buruk setelah pemulangan (Chadda, 2014).

Discharge teaching merupakan intervensi yang kompleks dan keefektifannya bergantung pada mekanisme yang terkait dengan konteks spesifik dimana intervensi tersebut disampaikan (Joanie et al., 2020).

2) Tujuan

Pemberian *discharge teaching* pada *caregiver* pasien dengan gangguan jiwa bertujuan untuk memberikan informasi tentang penyakit dan cara merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa sehingga diharapkan dapat mengurangi kekambuhan dan dampak pada keluarga lain (Chadda, 2014).

3) Manfaat

Discharge teaching dapat meningkatkan pengetahuan *caregiver* mengenai tanda dan gejala penyakit, gejala kekambuhan, informasi pengobatan, mengurangi beban keluarga, dan meningkatkan kesiapan *caregiver* dalam merawat anggota keluarganya di rumah yang mengalami gangguan jiwa (Zukhrufa &

Taftazani, 2021). Selain itu, *discharge teaching* memberi pasien dan *caregiver* keterampilan merawat diri mereka sendiri secara optimal selama transisi dari rumah sakit ke masyarakat (Luther et al., 2019). Hasil penelitian melaporkan bahwa pemberian *discharge teaching* pada *caregiver* memungkinkan pasien melewati fase transisi dengan aman dari rumah sakit ke komunitas dan mengurangi penggunaan sumber daya medis pasca pelepasan (Topham et al., 2022).

4) Komponen *Discharge Teaching*

Terdapat beberapa komponen penting yang harus diperhatikan ketika memberikan *discharge teaching* yaitu (Sexson et al., 2017):

- a) Identifikasi siapa yang akan menjadi *caregiver* untuk membantu merawat pasien setelah berada di rumah.
- b) Identifikasi kebutuhan edukasi yang akan diberikan
- c) Koordinasikan waktu untuk pelaksanaan *discharge teaching* dan demonstrasi kembali sebelum pulang.
- d) Mengidentifikasi tujuan perawatan dengan melibatkan *caregiver*.
- e) Berikan penjelasan singkat baik secara lisan maupun tertulis, mengenai kondisi medis pasien, gejala kekambuhan, dan cara melakukan perawatan pada pasien setelah berada di rumah.
- f) Tulis instruksi dengan jelas dan pastikan instruksi ini sesuai dengan tingkat melek huruf *caregiver*.
- g) Identifikasi apakah *caregiver* memiliki akses transportasi ke penyedia layanan kesehatan.
- h) Dalam percakapan dengan *caregiver*, pikirkan dan pecahkan masalah bagaimana menghindari potensi masalah pengobatan. Pastikan *caregiver* tahu siapa yang harus dihubungi jika pasien mengalami kekambuhan.
- i) Tekankan pentingnya berkoordinasi dengan penyedia layanan terkait dengan perkembangan pasien.
- j) Konfirmasi kembali bahwa *caregiver* memahami instruksi yang disampaikan dengan memintanya mengulangi informasi yang

telah diberikan, misalnya tentang tanda dan gejala kekambuhan penyakit serta cara menanggulangnya.

5) Pelaksanaan *Discharge Teaching*

Persiapan pemulangan yang berkualitas menekankan pendekatan holistik, berpusat pada pasien dan *caregiver* serta merencanakan perawatan berdasarkan karakteristik pasien dan *caregiver*, pengaturan mereka, dan keterampilan yang dimiliki. Secara konsisten, pelaksanaan *discharge teaching* menjadi tanggung jawab utama keperawatan meskipun banyak tim interprofessional berpartisipasi dalam mendidik pasien dan *caregiver*, namun keperawatan tetap menjadi pusat dari proses ini, memikul penilaian kesiapan untuk pulang dan pemahaman serta kemampuan pasien dan *caregiver* untuk memberikan perawatan pasca-akut yang tepat, serta perhatian dan perawatan berkelanjutan untuk kebutuhan perawatan kronis (Rodakowski et al., 2017).

Pada pelaksanaan *discharge teaching*, perawat berfokus mengidentifikasi kebutuhan edukasi untuk pasien dan *caregiver* menggunakan istilah sederhana dengan memperhatikan literasi kesehatan, keterampilan, preferensi *caregiver*, melakukan demonstrasi berdasarkan penilaian keterampilan *caregiver*, gunakan metode mengajar kembali, tunjukkan efektivitas semua pendidikan yang diberikan, dan dokumentasikan pendidikan yang diberikan serta respon *caregiver* (Luther et al., 2019). Isi *discharge teaching* yang diberikan pada *caregiver* pasien dengan gangguan jiwa dapat mencakup informasi proses pemulangan, pengenalan singkat tentang kondisi dan diagnosis pasien, gejala yang muncul, tanda awal kekambuhan, pengobatan yang tersedia, keamanan dan efek samping umum pengobatan, biaya terkait pengobatan, dan metode penanggulangan ketika pasien kambuh (Topham et al., 2022).

6) Masalah Dalam Proses *Discharge Teaching*

Discharge teaching diperumit berbagai masalah, diantaranya adalah batasan waktu, kelebihan beban *caregiver*, penyakit penyerta pasien yang menambah kompleksitas kebutuhan perawatan di rumah, dan *caregiver* tidak menghadiri semua sesi pembelajaran sehingga kehilangan informasi penting (Luther et al., 2019); kurangnya penilaian holistik pasien termasuk kesiapan mereka untuk pemulangan, penilaian kebutuhan belajar *caregiver*, dan kemampuan untuk merawat kondisi kronis yang dialami anggota keluarga (Gonçalves-Bradley et al., 2016); status kehidupan sosial, kemampuan fungsional, literasi kesehatan, gangguan kognitif, dan depresi (Wallace et al., 2016); sifat pengajaran pemulangan tidak jelas dan informal dengan komunikasi atau dokumentasi minimal antara tim interprofessional dan *caregiver* (Lin et al., 2012).

f. Evaluasi

Keberhasilan yang diharapkan setelah dilakukan *discharge planning* ditunjukkan seperti:

- 1) Pasien dan keluarga memahami diagnosa, antisipasi tingkat fungsi, obat-obatan dan tindakan pengobatan untuk proses kepulangan, mengetahui cara antisipasi kontinuitas perawatan serta tindakan yang akan dilakukan pada kondisi kedaruratan.
- 2) Pendidikan diberikan kepada pasien dan keluarga untuk memastikan perawatan yang tepat setelah pasien pulang sesuai dengan kebutuhan.
- 3) Koordinasi sistem pendukung dimasyarakat yang memungkinkan pasien untuk membantu pasien dan keluarga kembali ke rumahnya dan memiliki koping yang adaptif terhadap perubahan status kesehatan pasien.
- 4) Melakukan koordinasi sistem pendukung pelayanan kesehatan untuk kontinuitas perawatannya.

Dalam mengevaluasi keefektifan suatu *discharge planning*, terdapat dua indikator penilaian yang perlu dipertimbangkan, yaitu

kriteria proses dan kriteria hasil yang dapat diukur seperti adanya peningkatan status fungsional, hari rawat atau kunjungan berulang (*readmission*) akibat faktor risiko yang tidak terkontrol. Dalam mengevaluasi keefektifan proses *discharge planning* perlu dilakukan *follow-up* setelah pasien pulang dari RS yang dapat dilakukan melalui telepon atau kontak dengan keluarga serta pelayanan kesehatan yang ikut memberikan perawatan pada pasien. Adapun tujuan *follow-up* adalah sebagai berikut (Xiao et al., 2019):

- 1) Mengevaluasi dampak intervensi yang telah diberikan selama perawatan dan mengidentifikasi kebutuhan perawatan yang baru.
- 2) Mengkaji efektifitas dan efisiensi proses *discharge planning*.

Menurut KARS dan PERSI *follow-up* dapat dilakukan oleh perawat 1-3 hari pertama pasien berada di rumah sesuai dengan kesepakatan dengan keluarga (Rita Sekarsari, 2022).

C. Konsep *Self-Efficacy* dan *Resilience*

1. *Self-Efficacy*

a. Definisi

Self efficacy merupakan suatu keyakinan dan diiringi kepercayaan atas dasar kemampuannya, sehingga dapat melakukan sebuah kontrol dengan batasan mereka sendiri dari fungsi dan atas peristiwa (Zakeri et al., 2016). Albert Bandura mendefinisikan *self-efficacy* sebagai keyakinan individu tentang kemampuannya untuk melakukan perilaku tertentu pada tingkat yang memadai (Loeb et al., 2017).

b. Manfaat

Efek *self-efficacy* Bandura dikaitkan dengan pilihan aktivitas, penetapan tujuan, usaha dan ketekunan, serta pembelajaran dan pencapaian. Hubungan antara

self-efficacy dan perilaku telah ditemukan dalam berbagai perilaku, termasuk perawatan diri pasien untuk penyakit mental. Menurut teori kognitif sosial Bandura, persepsi kemandirian dapat memengaruhi pilihan perilaku orang, tingkat upaya keterlibatan dalam

suatu aktivitas, dan reaksi emosional sehingga *self-efficacy* yang dimiliki individu kemungkinan besar akan mempengaruhi sejauh mana terlibat dalam aktivitas yang diperlukan untuk merawat pasien dengan penyakit mental (Loeb et al., 2017). Orang dengan *self efficacy* yang lebih tinggi mungkin mengalami tingkat emosi negatif yang lebih rendah dalam situasi yang mengancam karena mereka mengenali kemampuan mereka untuk mengatasi hambatan dan fokus pada peluang. Studi empiris juga telah menunjukkan efek menguntungkan dari pengaruh positif dan efek negatif dari pengaruh negatif pada umur panjang dan hasil kesehatan di antara populasi yang sehat dan pasien. *Self efficacy* merupakan tingkat kepercayaan seseorang pada kemampuannya untuk melakukan tindakan, telah terbukti berhubungan dengan adaptasi orang terhadap kanker (Finck et al., 2017). Dua studi penyakit mental sebelumnya yang memeriksa gangguan unipolar dan bipolar, mengemukakan bahwa dimana *self efficacy* yang tinggi yang lebih tinggi berhubungan positif dengan kualitas hidup terkait kesehatan mental dan fisik (Abraham et al., 2014; Houle et al., 2013).

c. Proses Pembentukan *Self-Efficacy*

Berdasarkan teori Bandura, *self-efficacy* merupakan persepsi individu terhadap kemampuan untuk melakukan perilaku tertentu melalui empat proses, yaitu (Friedman, 2013; Shorey & Lopez, 2021):

1) Proses Kognitif

Semakin kuat persepsi kognitif mereka tentang *self-efficacy*, semakin tinggi mereka menetapkan tujuan dan komitmen untuk mencapai tujuan tersebut. Melalui perbandingan kognitif standar seseorang dan pengetahuan tentang tingkat kinerja mereka, orang akan memilih tantangan apa yang harus mereka hadapi dan berapa banyak upaya yang diperlukan untuk melakukan atau mengatasi tantangan tersebut.

Akibat dari *self-efficacy* dalam proses kognitif mempunyai beberapa model seperti tingkah laku yang dikelola dengan sengaja

bertujuan agar mendapatkan *reward*. Dalam menetapkan tujuan dipengaruhi oleh evaluasi dari sendiri serta kemampuan yang dimiliki. Jika seseorang memiliki *self-efficacy* yang besar maka tujuan yang ditentukan juga akan semakin tinggi.

2) Proses Motivasional

Motivasi berdasarkan tujuan mengarah pada ketekunan untuk mencapai tujuan. Kemandirian diri yang dirasakan menentukan tingkat motivasi mereka. *Self-efficacy* memiliki peranan yang penting dalam regulasi motivasi itu sendiri. Seseorang dapat melakukan motivasi terhadap diri mereka serta mengarahkan perilaku mereka dengan melatih pikiran serta membuat keyakinan mengenai apa dapat diperbuat dan mencegah hal-hal yang tidak diharapkan atas hasil perilaku mereka. Berdasarkan tujuan, motivasi diatur oleh tiga jenis dalam diri yakni kepuasan atau ketidakpuasan akan diri sendiri atau penampilan, tujuan yang ingin dicapai, dan adaptasi kembali akan tujuan yang ingin dicapai didasarkan dengan kemajuan dari perkembangan yang dilakukan.

3) Proses Afektif

Proses afektif orang memengaruhi bagaimana mereka mengendalikan dan mengelola ancaman seperti stres dan depresi dalam hidup dan dengan demikian menjadi sumber motivasi insentif yang kuat. Telah dilaporkan bahwa proses afektif memiliki peran motivasi ganda, dimana semakin banyak kepuasan diri yang dimiliki orang, semakin termotivasi mereka dalam mencapai tujuan. Di sisi lain, semakin banyak orang yang tidak puas diri, semakin tinggi upaya yang akan mereka lakukan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Dalam teori kognitif sosial, Bandura percaya bahwa *self-efficacy* memainkan peran utama dalam pengaturan diri dalam menilai dan melakukan kontrol atas potensi ancaman.

4) Proses Seleksi

Melalui proses seleksi, orang dapat memilih lingkungan sosial yang menguntungkan dan mengendalikannya karena mereka dapat menilai kemampuan mereka dalam menangani aktivitas yang menantang. *Self-efficacy* dapat membuat lingkungan yang nyaman dan kondusif bagi mereka untuk mengontrol diri sendiri jika bertemu orang lain di sekitarnya. Sehingga, dengan adanya *self-efficacy* yang tinggi akan membentuk tujuan hidup yang baik serta dapat mengendalikan aktivitas serta keadaan lingkungan di sekitar.

d. Sumber *Self-Efficacy*

Albert Bandura menekankan empat sumber utama *self-efficacy*, yaitu (Shorey & Lopez, 2021):

- 1) Pengalaman penguasaan dalam mengatasi hambatan. Melalui pengalaman penguasaan membangun keterampilan mengatasi dan melakukan kontrol atas potensi ancaman.
- 2) Berbagai pengalaman yang diberikan oleh model sosial dan melihat orang-orang yang mirip dengan dirinya berhasil melakukan perilaku serupa. Pengalaman-pengalaman ini dianggap sebagai sumber efikasi yang paling berpengaruh.
- 3) Keyakinan mereka sendiri bahwa mereka memiliki apa yang diperlukan untuk berhasil.
- 4) Mengubah emosi negatif dan salah tafsir keadaan fisiologis. Keadaan fisiologis dapat mempengaruhi tingkat *self-efficacy* ketika mereka menginterpretasikan gejala somatik berdasarkan arousal yang tidak menyenangkan. Orang yang percaya bahwa mereka dapat mengelola ancaman ini cenderung tidak terlalu terganggu olehnya.

e. Penilaian *Self-Efficacy*

penilaian teori *self efficacy* yaitu (Smith & Liehr, 2014):

1) Pencapaian *Enactive*

Pencapaian *enactive* digambarkan sebagai sumber yang paling berpengaruh terhadap informasi *self efficacy*, dan hal tersebut

merupakan intervensi yang paling umum yang digunakan untuk memperkuat harapan keberhasilan pada orang dewasa yang lebih tua.

2) *Vicarious Experience*

Self efficacy juga dipengaruhi oleh pengalaman vicarious atau *vicarious experience* yaitu melihat orang lain yang sama berhasil melakukan kegiatan yang sama. Namun, ada beberapa kondisi yang mempengaruhi pengalaman vicarious yaitu jika individu belum terkena perilaku menarik atau telah memiliki sedikit pengalaman dengan hal tersebut, pengalaman vicarious cenderung memiliki dampak yang lebih besar. Selain itu, ketika arahan yang jelas untuk kinerja tidak dieksplisitkan, *self efficacy* akan lebih cenderung dipengaruhi oleh kinerja orang lain.

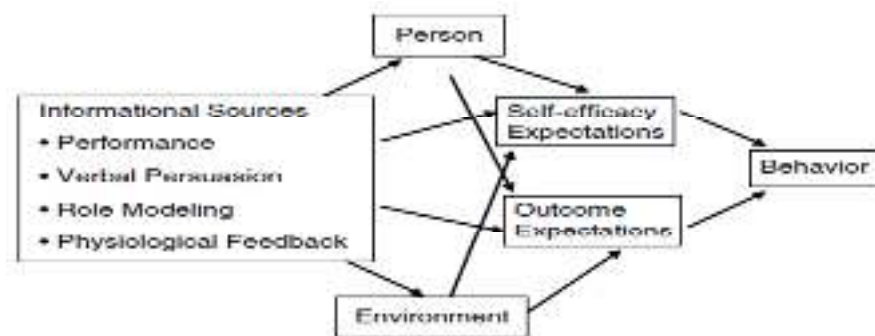
3) Persuasi Verbal

Persuasi verbal melibatkan perkataan seorang individu bahwa ia memiliki kemampuan untuk menguasai perilaku tertentu. Dukungan empiris untuk pengaruh persuasi lisan telah didokumentasikan sejak awal penelitian fobia Bandura. Persuasi lisan telah terbukti efektif dalam mendukung pemulihan dari penyakit kronis dan dalam penelitian promosi kesehatan. Pengaruh kesehatan persuasif memimpin orang-orang dengan rasa *self efficacy* yang tinggi untuk mengintensifkan upaya perubahan mandiri perilaku kesehatan berisiko.

4) *Physiological Feedback*

Individu mengandalkan informasi dari keadaan fisiologis mereka untuk menilai kemampuan mereka, indikator fisiologis sangat penting dalam kaitannya dengan mengatasi stres, kemampuan fisik, dan fungsi kesehatan. Individu mengevaluasi kondisi fisiologis mereka, atau kemampuan mereka, dan jika timbul rasa takut, mereka mungkin menghindari melakukan perilaku. Misalnya, jika orang dewasa yang lebih tua memiliki rasa takut jatuh atau merasakan sakit saat berjalan, kondisi perasaan yang terkait dengan rasa takut dapat

membatasi kinerja, dan menurunkan kepercayaan individu dalam kemampuan untuk melakukan aktivitas. Demikian juga, jika kegiatan rehabilitasi menghasilkan kelelahan, sakit, atau sesak napas, gejala-gejala ini dapat ditafsirkan sebagai keampuhan ketidakmampuan fisik, dan individu yang lebih tua mungkin tidak merasa mampu melakukan aktivitas. Intervensi dapat digunakan untuk mengubah penafsiran umpan balik fisiologis dan membantu individu mengatasi dengan sensasi fisik, meningkatkan kemampuan *self efficacy* dan mengakibatkan peningkatan kinerja. Intervensi mencakup hal-hal seperti penghapusan rasa sakit, takut jatuh, atau sesak napas yang berhubungan dengan kegiatan fisik.



Gambar 1. Hubungan Antara Konsep dan Model *Self-Efficacy*
(Peterson & Bredow, 2013)

f. Faktor yang Mempengaruhi *Self-Efficacy*

Faktor yang dapat mempengaruhi *self-efficacy* seseorang antara lain sebagai berikut (Peterson & Bredow, 2013; Smith & Liehr, 2014):

1) Jenis Kelamin

Laki-laki dan perempuan memiliki perbedaan dalam perkembangan kemampuan yang dimiliki. Dalam bidang tertentu, laki-laki dapat memiliki *self-efficacy* yang lebih tinggi daripada perempuan, demikian sebaliknya perempuan dapat memiliki *self-efficacy* yang lebih tinggi daripada laki-laki pada beberapa jenis pekerjaan.

2) Usia

Keyakinan diri dapat terbentuk dari proses belajar dalam menjalani kehidupan. Seseorang yang usianya lebih tua mempunyai jarak waktu lebih lama sehingga pengalaman yang dimiliki juga akan lebih banyak daripada seseorang yang memiliki usia lebih muda. Seseorang yang memiliki usia lebih tua dapat menyelesaikan semua masalah yang ada karena mempunyai keyakinan diri lebih tinggi daripada seseorang yang usianya lebih muda.

3) Tingkat Pendidikan

Seseorang dengan pendidikan lebih tinggi akan memiliki keyakinan diri lebih baik, karena mereka telah memperoleh pendidikan serta memperoleh lebih banyak kesempatan dalam menentukan cara untuk mengatasi masalah dalam kehidupannya.

4) Pengalaman

Keyakinan diri terbentuk dari proses penyesuaian serta proses belajar pada beberapa keadaan. Seseorang yang memperoleh pengalaman dalam belajar biasanya akan memiliki *self-efficacy* yang lebih tinggi.

2. Resilience

a. Definisi

The American Psychological Association mendefinisikan *Resilience* sebagai proses beradaptasi dengan baik dalam menghadapi kesulitan, trauma, tragedi, ancaman, atau bahkan sumber stres yang signifikan. Determinan *resilience* mencakup sejumlah faktor biologis, psikologis, sosial dan budaya yang berinteraksi satu sama lain untuk menentukan bagaimana seseorang merespon pengalaman stres (Southwick et al., 2014). Dalam psikologi, *resilience* diartikan sebagai proses dinamis adaptasi yang ditujukan untuk menghadapi dan mengatasi pengalaman hidup yang penuh tekanan atau trauma yang muncul berubah dan bahkan diperkuat, sering dianggap sebagai

konstruksi kesatuan, tidak meningkatkan berbagai dimensinya (Poloni et al., 2018).

Resilience adalah kapasitas manusia untuk beradaptasi dengan cepat dan berhasil terhadap peristiwa stres/trauma dan mengelola untuk kembali ke keadaan positif (Shrivastava & Desousa, 2016). Definisi lain mengartikan *resilience* sebagai kemampuan untuk memperbaiki diri sendiri setelah mengalami kerusakan, mengatasi, melawan sesuatu, tetapi juga membangun dan berhasil dalam menata kembali kehidupan yang positif, meskipun dalam situasi sulit (Zizolfi et al., 2019). *Resilience* keluarga dengan gangguan jiwa adalah kemampuan yang dimiliki oleh individu atau keluarga dalam mengatasi kesulitan yang tidak hanya bertahan dari beban sehari-hari merawat anggota keluarga yang sakit jiwa, tetapi untuk berkembang dan tumbuh menjadi orang yang lebih kuat, fleksibel dan lebih sehat (Zauszniewski et al., 2015).

b. Fungsi *Resilience*

Terdapat beberapa fungsi *resilience*, diantaranya sebagai berikut (Zizolfi et al., 2019):

- 1) Untuk mengurangi resiko mengalami konsekuensi negatif setelah adanya kejadian hidup yang menekan.
- 2) Mengurangi kemungkinan munculnya rantai reaksi yang negatif setelah peristiwa hidup menekan.
- 3) Membantu menjaga harga diri dan rasa mampu diri.
- 4) Meningkatkan kesempatan untuk berkembang.

c. Peran *Resilience* pada Individu

Bukti yang berkembang mendukung gagasan bahwa ketahanan terlibat dalam pengembangan sifat psikologis positif. Peran ketahanan pada kapasitas individu untuk membentuk respon yang sehat saat menahan trauma dan ini telah dicatat di semua usia. Manusia memiliki kapasitas untuk melindungi diri mereka sendiri dan menghadapi peristiwa atau stimulus yang merugikan serta dapat menantang homeostasis psiko-biologis mereka. Dalam hal inilah *resilience* muncul

sebagai faktor yang berperan sebagai mekanisme pertahanan dan faktor protektif (Shrivastava & Desousa, 2016).

d. Faktor yang Mempengaruhi *Resilience* Keluarga

Ketahanan digambarkan sebagai proses berkembang yang dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti biologis, sosial dan lingkungan. Faktor-faktor yang berperan untuk mempertahankan dan menegakkan *resilience* adalah coping aktif, fleksibilitas kognitif dan dukungan sosial (Shrivastava & Desousa, 2016).

- 1) Coping aktif adalah kemampuan yang diperoleh seumur hidup untuk memanfaatkan sumber daya psikologis dan perilaku untuk mengatasi trauma atau stres. Para peneliti telah menjelaskan bahwa coping aktif sebagai respon yang diarahkan pada tujuan, dimediasi oleh orang tersebut untuk mengubah sifat trauma atau mengurangi efek negatif trauma tersebut pada orang tersebut. Oleh karena itu, jika pasien ditempatkan di lingkungan yang mendorong perkembangan sehat dari sifat psikologis dan perilaku intrinsik, yang mendorong perkembangan yang sehat dari kemampuan coping aktif seseorang, maka mereka lebih nyaman untuk menggunakan coping aktif sebagai bentuk ketahanan yang efektif.
- 2) Fleksibilitas kognitif membantu mengembangkan dan mempertahankan keefektifan ketahanan dalam menahan trauma. Kognisi manusia dirancang untuk beradaptasi dengan meningkatnya tantangan yang datang dari keadaan yang berubah. Fleksibilitas kognitif memungkinkan seseorang untuk secara dinamis menyesuaikan diri dengan tuntutan eksternal dari trauma untuk mengurangi potensi bahaya. Kemampuan untuk membengkokkan kognisi seseorang untuk mengatasi trauma dengan lebih baik muncul dari pengetahuan yang diperoleh yang dikembangkan sepanjang hidup seseorang dan itu membentuk dasar untuk fleksibilitas dalam ketahanan kognitif. Pengetahuan yang diperoleh ini memungkinkan individu untuk membuat reservoir informasi penting yang dapat

memberikan konteks dimana rangsangan baru dapat diproses. Oleh karena itu, ketika rangsangan berbasis trauma terjadi, seorang individu dengan reservoir pengetahuan yang lebih mapan berpotensi lebih cocok untuk secara kognitif fleksibel terhadap masalah yang timbul dan mengurangi kerugian yang disebabkan oleh trauma.

- 3) Lingkungan sosial tempat individu tinggal sangat mempengaruhi ketahanan karena memungkinkan respon positif dari individu ketika mereka dihadapkan dengan tantangan atau ancaman. Kualitas dukungan sosial secara signifikan mempengaruhi kapasitas individu untuk ketahanan. Penulis telah menyarankan bahwa dukungan sosial seseorang membantu dalam mengurangi bahaya dari trauma jika jumlah individu dalam jaringan orang tersebut lebih besar dan juga pentingnya hubungan tersebut dengan orang tersebut dan telah menyimpulkan bahwa dukungan sosial, aktivitas sosial dan kualitas mereka hubungan sosial secara positif terkait dengan fungsi kognitif global yang lebih besar.

e. Karakteristik *Resilience Caregiver*

Adapun karakteristik dari *resilience* keluarga adalah sebagai berikut (Zauszniewski et al., 2015)

1) Ketahanan

Ketahanan ditentukan sebagai karakteristik kepribadian yang terdiri dari tiga konsep yang saling terkait, yaitu: kontrol, komitmen, dan tantangan. Dalam pengasuh, ketahanan telah ditemukan untuk meminimalkan beban pengasuhan, memungkinkan pengasuh untuk menilai situasi pengasuhan lebih positif dan menggunakan metode koping yang berfokus pada masalah, termasuk strategi mencari bantuan.

2) Penguasaan

Penguasaan didefinisikan sebagai sejauh mana individu percaya bahwa mereka memiliki kendali atas apa yang terjadi dalam hidup mereka. Dengan demikian, dapat dikonseptualisasikan sebagai

dimensi mengatasi stres yang mencerminkan rasa kontrol pribadi atas keadaan yang berpotensi merugikan. Rasa penguasaan telah diidentifikasi sebagai sumber yang dapat memfasilitasi adaptasi keluarga terhadap penyakit mental. Dalam pengasuh keluarga, penguasaan yang lebih besar telah dikaitkan dengan beban pengasuh yang lebih rendah dan tekanan psikologis dan rasa kompetensi yang lebih besar dalam peran pengasuhan.

3) Harapan

Harapan dicirikan sebagai multidimensi dan dinamis, dengan unsur keyakinan namun harapan yang tidak pasti dari hasil yang positif. Harapan diciptakan dari ingatan dan dipengaruhi oleh hubungan dengan orang lain; itu mempromosikan gerakan maju dan memberikan wawasan baru dan rasa tujuan. Harapan telah diidentifikasi sebagai bagian integral dari kemampuan anggota keluarga untuk mengatasi penyakit mental pada anggota keluarga.

4) *Self-efficacy*

Self-efficacy mengacu pada kepercayaan diri individu dalam menghadapi tantangan dan pertemuan yang penuh tekanan atau evaluasi diri seseorang atas kapasitasnya untuk melakukan suatu aktivitas atau tugas untuk mencapai tujuan tertentu. Dalam pengasuh keluarga orang dengan penyakit mental, *self-efficacy* yang lebih besar telah dikaitkan dengan manajemen yang lebih baik dari masalah perilaku pada penerima perawatan, stres kurang dirasakan, dan beban subjektif yang lebih rendah.

5) Rasa Koherensi

Rasa koherensi didefinisikan sebagai orientasi global terhadap kehidupan yang melibatkan elemen kognitif, perilaku dan motivasi dan diekspresikan dalam keyakinan bahwa dunia ini dapat dipahami, dikelola, dan bermakna. Rasa koherensi keluarga mengacu pada keyakinan anggota keluarga bahwa lingkungan internal dan eksternal terstruktur dan dapat diprediksi dan sumber daya tersedia; mereka

memandang hidup dan situasi mereka sebagai tantangan yang berarti dan menganggap bahwa mereka dapat memberikan pengaruh pada jalannya peristiwa.

f. Hasil *Resilience* pada Individu dan Keluarga

Indikator *resilience* telah dikaitkan dengan beberapa hasil kesehatan yang positif bagi individu dan keluarga. Dalam studi anggota keluarga orang dewasa dengan penyakit mental, indikator ketahanan ditemukan terkait dengan hasil yang menunjukkan kesehatan mental dan fisik serta kualitas hidup pada anggota keluarga individu dan fungsi keluarga yang optimal. Pada tingkat individu, indikator ketahanan dikaitkan dengan penurunan beban pengasuh pada anggota keluarga orang dengan penyakit mental. Selain itu, penurunan tingkat emosi yang diekspresikan didefinisikan sebagai sikap kritis, bermusuhan atau terlalu terlibat terhadap kerabat dengan penyakit mental telah dikaitkan dengan ketahanan yang lebih besar pada anggota keluarga orang dengan penyakit mental. Hasil lain dari indikator ketahanan yang ditemukan dalam studi anggota keluarga termasuk moral yang lebih baik, kepuasan yang lebih baik, kesejahteraan psikologis yang lebih besar dan peningkatan pengetahuan serta pemahaman tentang diagnosis anggota keluarga mereka.

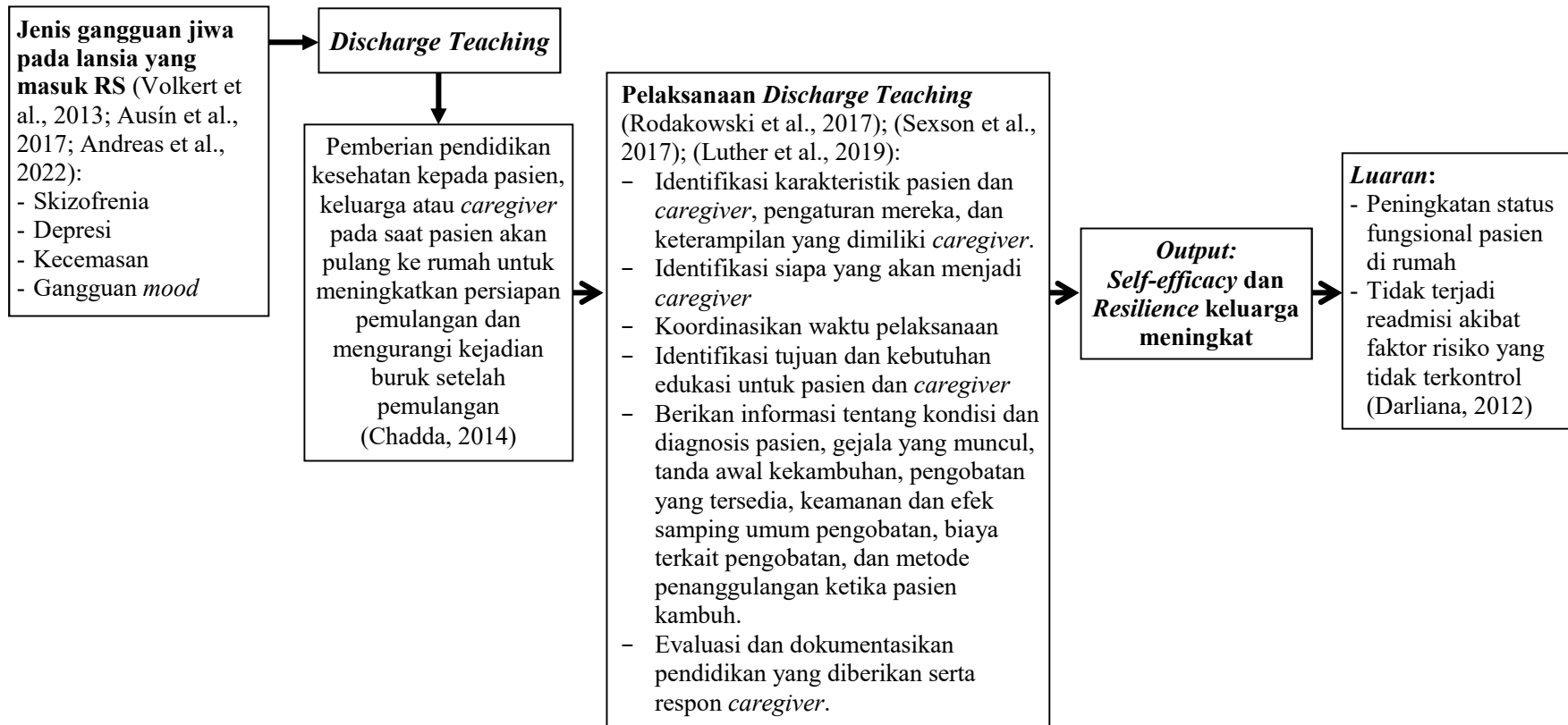
D. Efektivitas *Discharge Teaching* Terhadap *Self-Efficacy* dan *Resilience Caregiver* Pasien Gangguan Jiwa

Individu dengan penyakit mental yang serius memiliki hasil pengobatan yang lebih baik ketika keluarga atau *caregiver* dan orang-orang pendukung lainnya terlibat dalam perawatan mereka. *Caregiver* sebagai pengasuh utama, biasanya memberikan dukungan fisik, emosional, dan finansial kepada kerabat mereka yang menderita gangguan jiwa (Ebrahimi et al., 2018). Hasil penelitian sebelumnya melaporkan bahwa *caregiver* memainkan peran penting dalam membantu pasien mengelola kebutuhan mereka selama masa transisi yang rentan ini. Misalnya pada saat pemulangan, *caregiver* dapat mengadvokasi pasien, termasuk mengajukan pertanyaan tambahan,

menyuarakan kebutuhan dan kekhawatiran, serta mengingat instruksi pemulangan. Saat di rumah, *caregiver* mengambil peran memberikan perawatan medis langsung (misalnya, mengganti pakaian, pemberian obat), manajemen rencana perawatan (misalnya, mengingat instruksi, mengoordinasikan janji temu tindak lanjut), dan berbagai tugas kehidupan sehari-hari (misalnya, membersihkan rumah dan menjalankan tugas). Selain itu, *Caregiver* juga berperan sebagai penjaga, mengawasi gejala yang memburuk dan memastikan bahwa pasien pulih setelah pulang (Hahn-Goldberg et al., 2018). Melalui masing-masing peran ini, *caregiver* memainkan peran besar dalam memfasilitasi keberhasilan pemulihan pasien di rumah dan jika dipersiapkan dengan baik melalui *discharge teaching* yang tepat dapat meningkatkan hasil pasien dan readmisi (Dossa et al., 2012).

Sebagai komponen dasar layanan perencanaan pemulangan, *discharge teaching* berkualitas dapat meningkatkan angka kesembuhan dan mencegah komplikasi (Qiu et al., 2019a). Hasil penelitian sebelumnya melaporkan bahwa *discharge teaching* efektif mengurangi penerimaan kembali rumah sakit dan penggunaan layanan yang tidak tepat setelah pemulangan, meningkatkan kesiapan pasien dan *caregiver* untuk merawat diri mereka sendiri di rumah dan merasa lebih puas dengan perawatan yang diberikan (Mabire et al., 2018); pengurangan tingkat kekambuhan serta peningkatan fungsi keluarga dan pasien (Haselden et al., 2019); penurunan readmisi (Luther et al., 2019); berkurangnya lama rawat (Knier et al., 2015); peningkatan hasil klinis pasien dan mengurangi biaya perawatan (Topham et al., 2022).

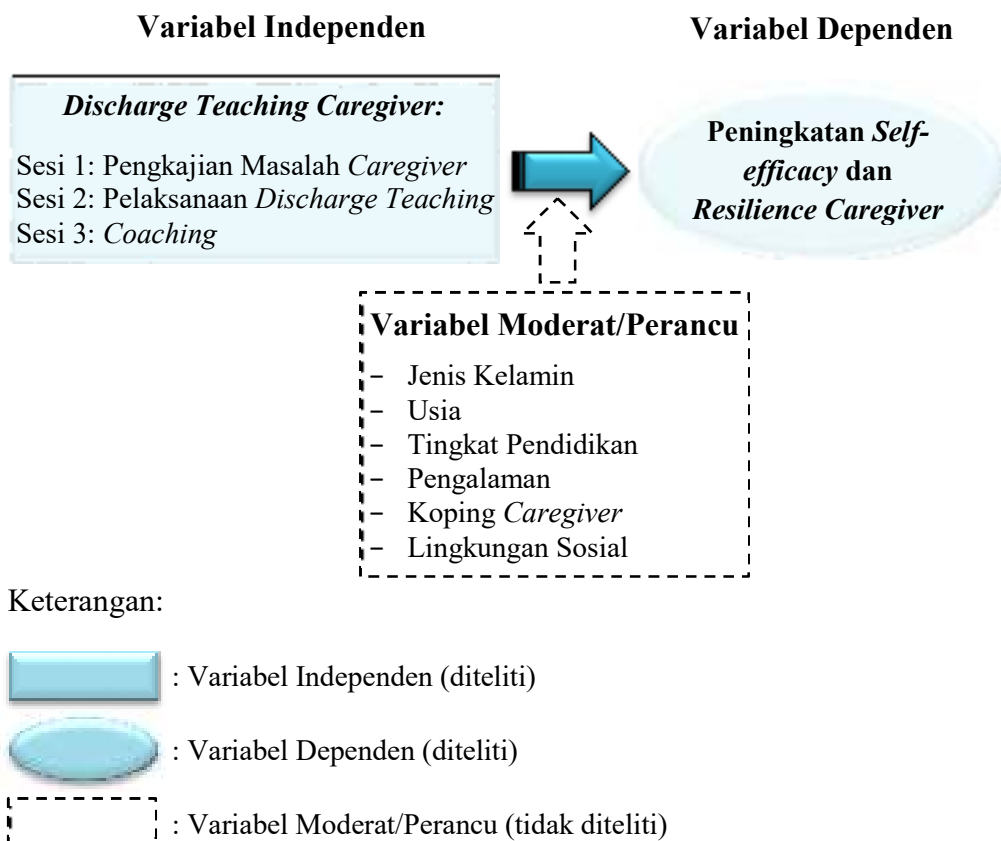
E. Kerangka Teori



Gambar 2: Kerangka Teori Penelitian

BAB III KERANGKA KONSEP

A. Kerangka Konsep



Gambar 3. Kerangka Konsep Penelitian

B. Variabel Penelitian

Pada penelitian ini, terdapat tiga variabel, yaitu: *discharge teaching* sebagai variabel independen; *self-efficacy* dan *resilience caregiver* sebagai variabel dependen.

C. Definisi Operasional

Tabel 3.1: Definisi Operasional Penelitian

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
<i>Discharge Teaching</i>	Pemberian pendidikan kesehatan kepada <i>caregiver</i> sebelum pasien pulang.	<i>Discharge teaching</i> dilakukan sebanyak tiga sesi, yaitu: pengkajian masalah, pelaksanaan <i>discharge teaching</i> , dan <i>coaching</i> .	Pedoman <i>discharge teaching</i> yang disusun oleh peneliti dan leaflet yang berisi materi terkait masalah kesehatan pasien (tanda dan gejala, faktor penyebab, faktor risiko, komplikasi, obat-obatan dan penatalaksanaan).	<i>Caregiver</i> mengikuti semua sesi <i>discharge teaching</i> .	-
<i>Self-efficacy Caregiver</i>	Keyakinan dan diiringi kepercayaan diri yang dimiliki <i>caregiver</i> dalam merawat pasien dengan gangguan jiwa.	Menilai <i>self-efficacy caregiver</i> menggunakan kuesioner yang telah divalidasi sebanyak dua kali, yaitu sebelum dan sesudah diberikan <i>discharge teaching</i> .	Kuesioner <i>General Self-Efficacy Scale</i> (GSES) 10 item pertanyaan menggunakan skala likert dengan empat pilihan jawaban, yaitu: tidak pernah = 1; jarang = 2; sering = 3; selalu = 4. Skor paling tinggi adalah 40 dan paling rendah 10.	<i>Self-efficacy</i> meningkat: jika terjadi peningkatan skor (setelah sebelum) diberikan intervensi <i>Self-efficacy</i> menurun: jika terjadi penurunan skor setelah diberikan intervensi.	Numerik
<i>Resilience Caregiver</i>	Kemampuan yang dimiliki <i>caregiver</i> dalam merawat pasien dengan gangguan jiwa.	Menilai <i>resilience caregiver</i> menggunakan kuesioner telah divalidasi sebanyak dua kali, yaitu sebelum dan sesudah diberikan <i>discharge teaching</i> .	Kuesioner <i>Family Resilience Assessment Scale</i> (FRAS) 16 item pertanyaan menggunakan skala likert dengan empat pilihan jawaban, yaitu: sangat tidak setuju = 1; tidak setuju = 2; setuju = 3; dan sangat setuju = 4. Skor paling tinggi adalah 16 dan paling rendah 64.	<i>Resilience</i> meningkat: jika terjadi peningkatan skor (setelah sebelum) setelah diberikan intervensi <i>Resilience</i> menurun: jika terjadi penurunan skor setelah diberikan intervensi.	Numerik

D. Hipotesis

Discharge teaching efektif dapat meningkatkan skor *self-efficacy* dan *resilience caregiver* dalam merawat pasien dengan gangguan jiwa.