

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. *Discharge planning* Terintegrasi

a. Definisi *Discharge planning*

Discharge planning merupakan suatu proses yang dinamis dan sistematis dari penilaian, persiapan, serta koordinasi yang dilakukan untuk memberikan kemudahan pengawasan pelayanan kesehatan dan pelayanan sosial sebelum dan sesudah pulang. *Discharge planning* didapatkan dari proses interaksi ketika keperawatan professional, pasien dan keluarga berkolaborasi untuk memberikan dan mengatur kontinuitas keperawatan yang diperlukan oleh pasien saat perencanaan harus berpusat pada masalah pasien yaitu pencegahan, terapeutik, rehabilitatif, serta keperawatan rutin yang sebenarnya (Nursalam, 2015).

Discharge planning yang diberikan kepada pasien harus berdasarkan kondisi kesehatan saat dirawat dan kebutuhan asuhan yang berkesinambungan dan tindakan di rumah. Oleh karena itu, regulasi pelaksanaan harus direncanakan secara matang agar dapat terintegrasi antara Professional Pemberi Asuhan (PPA), Manajer Pelayanan Pasien (MPP) dan keluarga pelaksanaan *discharge planning*. *Discharge planning* dilakukan pada saat assesment awal. *assesment* pasien rawat inap harus dilakukan secara

berkesinambungan termasuk kebutuhan biopsikosial yang memerlukan waktu agak panjang, sehingga rumah sakit perlu mengidentifikasi pasien yang membutuhkan *discharge planning* dan menetapkan kriteria (STARKES 2022).

b. Tujuan *Discharge planning*

Discharge planning adalah perencanaan yang dilakukan untuk pasien dan keluarga sebelum pasien meninggalkan rumah sakit dengan tujuan agar pasien dapat mencapai kesehatan yang optimal dan mengurangi lama rawat inap serta biaya rumah sakit. Sebelum pemulangan pasien dan keluarga harus memahami dan mengetahui cara manajemen pemberian perawatan yang dapat dilakukan di rumah seperti perawatan pasien yang berkelanjutan, sehingga dapat mengurangi komplikasi dan meningkatkan kualitas akses pelayanan kesehatan (Padila et al., 2018).

Komplikasi atau kegagalan dalam memberikan *discharge planning* akan beresiko terhadap beratnya penyakit, ancaman hidup dan disfungsi fisik, selain daripada itu pasien yang tidak mendapatkan *discharge planning* sebelum pulang terutama pada pasien yang memerlukan perawatan di rumah seperti konseling kesehatan atau penyuluhan dan pelayanan komunitas, biasanya akan kembali ke instalasi gawat darurat dalam 24-48 jam. Oleh karena itu pasien perlu dipersiapkan dalam menghadapi pemulangan (Proborini et al., 2019).

Discharge planning juga merupakan suatu proses yang kompleks dan bertujuan untuk menyiapkan pasien dalam masa transisi di rumah sakit sampai pasien tersebut kembali kerumahnya. *Discharge planning* yang baik harus mengandung unsur penilaian pasien, pengembangan rencana yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien, penyediaan layanan rujukan, serta tindak lanjut berupa evaluasi atau *follow up* (Tage, 2018).

c. Manfaat *Discharge planning*

Menurut Nursalam dan Efendi (2015) beberapa manfaat dalam pelaksanaan *discharge planning*, yaitu memberikan kesempatan untuk memperkuat pengajaran kepada klien yang dimulai dari rumah sakit, memberikan tindak lanjut secara sistematis yang digunakan untuk menjamin kontinuitas perawatan klien, mengevaluasi pengaruh dari intervensi yang terencana pada penyembuhan klien, mengidentifikasi kekambuhan atau kebutuhan perawatan baru, dan membantu kemandirian klien dalam melakukan perawatan di rumah.

d. Komponen *Discharge planning*

Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ, 2013) menjelaskan bahwa elemen dalam *discharge planning* yaitu melibatkan pasien dan keluarga dalam proses *discharge planning* dan mengidentifikasi anggota keluarga yang akan merawat pasien di rumah. Menjelaskan keadaan kehidupan di rumah, termasuk lingkungan rumah, sumber dukungan yang diperlukan, makanan yang

dapat dimakan dan dihindari, dan kegiatan yang dapat dilakukan atau dihindari. Menjelaskan obat- obatan yang digunakan. Memberikan daftar obat- obatan dan menjelaskan tujuan dari masing- masing obat, dosis obat, cara menggunakan obat, dan efek samping obat.

Menjelaskan tanda dan gejala, mengidentifikasi tanda dan gejala yang berbahaya, menuliskan nama dan kontak seseorang jika terjadi masalah. Menjelaskan hasil pemeriksaan penunjang kepada pasien dan keluarga. Jika hasil pemeriksaan tidak ada dalam catatan pemulangan, maka beritahukan tentang hasil pemeriksaan dan mengidentifikasi layanan yang bisa dihubungi jika belum mengetahui hasil pemeriksaan dan membuat jadwal pertemuan dengan pasien. Memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga dengan menggunakan bahasa yang sederhana tentang kondisi pasien, proses pemulangan, dan tindakan selanjutnya selama berada di rumah sakit (AHRQ, 2013).

Menurut (Siahaan (2009) dalam Rohita (2018)) unsur-unsur dalam perencanaan pemulangan pasien meliputi semua informasi mengenai keadaan pasien pada hari pemulangan akan memberatkan pasien dan keluarga maka discharge planning harus menjadi proses yang berkelanjutan selama berada di rumah sakit. Mengkaji cara dokter dan perawat dalam menjelaskan diagnosis, kondisi, dan langkah- langkah selanjutnya dalam proses perawatan pasien. Memberikan informasi kepada pasien dan keluarga dan meminta

pasien dan keluarga untuk mengulangi apa yang telah disampaikan dalam bahasa mereka sendiri untuk memastikan bahwa penjelasan sudah diberikan dengan baik. Menghargai dan mendengarkan tujuan, pilihan, pandangan, dan keluhan pasien dan keluarga.

Discharge planning melibatkan koordinasi perawatan antara staf rumah sakit; antara staf rumah sakit, pasien, dan keluarga ; antara staf rumah sakit dan komunitas masyarakat; dan antara pasien, keluarga, dan masyarakat. *Discharge planning* yang efektif yaitu adanya komunikasi antara dokter, pasien, dan keluarga selama berada di rumah sakit. Pendidikan dan pembelajaran dengan cara jalan dua arah, yaitu : pasien dan keluarga perlu belajar dari dokter tentang kondisi dan langkah selanjutnya, dokter perlu belajar dari pasien dan keluarga tentang keadaan rumah. Dokter juga perlu memastikan bahwa pasien dan keluarga benar- benar memahami langkah- langkah selanjutnya dalam perawatan pasien (AHRQ, 2013).

Menurut Potter & Perry (2015) pengkajian keperawatan awal dimulai dari mengidentifikasi caregiver yang akan berada di rumah. *Caregiver* tersebut perlu memahami petunjuk perawatan di rumah. Minta pasien dan keluarga untuk mengemukakan kapan dan bagaimana mereka meninggalkan rumah sakit. Sesuaikan dengan saran dari dokter, diskusikan dengan pasien dan keluarga untuk menetapkan tujuan yang realistis karena mereka berada di rumah sakit

Berikan informasi kepada pasien dan keluarga tentang langkah- langkah dalam kemajuan pemulangan. Setiap hari selama berada di rumah sakit berikan pendidikan kepada pasien dan keluarga tentang kondisi pasien, seperti saat perawat memberikan laporan di samping tempat tidur pasien, memeriksa tanda- tanda vital, panggilan perawat, dan pada kesempatan lain. Jelaskan tentang obat- obatan kepada pasien. Jelaskan fungsi dari masing- masing obat, efek samping, dan pastikan pasien tahu tentang perubahan dalam obat- obatan yang dikonsumsi. Diskusikan dengan pasien, keluarga, dan dokter tentang perencanaan pulang, jelaskan tujuan perencanaan pulang dan ulangi kembali untuk memastikan pasien dan keluarga memahami untuk menghadapi perencanaan pulang (AHRQ, 2013)..

Libatkan pasien dan keluarga dalam perawatan untuk meningkatkan kemampuan perawatan setelah kepulangan. Misalnya perawatan yang mencakup mengganti pembalut luka, membantu pasien makan atau pergi ke kamar mandi, atau membantu dengan latihan rehabilitasi (AHRQ, 2013).

Satu atau dua hari sebelum pulang, siapkan booklet untuk mendiskusikan pertanyaan pasien, kebutuhan, dan kekhawatiran pada saat kembali ke rumah. Pada hari kepulangan, tinjau kembali daftar obat- obatan, ajarkan kembali kegunaan obat, waktu minum obat, cara menggunakan obat. Berikan kepada pasien jadwal untuk kontrol,

tempat, dan waktu untuk kontrol. Berikan kepada pasien dan keluarga nama, lokasi, dan nomor telepon yang dapat dihubungi jika terjadi suatu masalah setelah kepulangan (Rofi'i, 2013).

e. Prinsip *discharge planning*

Menurut Nursalam (2015) prinsip dalam perencanaan pulang yaitu pasien merupakan fokus dalam perencanaan pulang sehingga nilai keinginan dan kebutuhan dari pasien perlu dikaji dan dievaluasi, kebutuhan dari pasien diidentifikasi lalu dikaitkan dengan masalah yang mungkin timbul pada saat pasien pulang nanti, sehingga kemungkinan masalah yang timbul di rumah dapat segera diantisipasi, perencanaan pulang dilakukan secara kolaboratif karena merupakan pelayanan multidisiplin dan setiap tim harus saling bekerja sama, tindakan atau rencana yang akan dilakukan setelah pulang disesuaikan dengan pengetahuan dari tenaga atau sumber daya maupun fasilitas yang tersedia di masyarakat, dan perencanaan pulang dilakukan pada setiap sistem atau tatanan pelayanan kesehatan.

f. Prosedur *discharge planning*

(Potter & Perry (2005) dalam Marini (2019)) menjelaskan langkah- langkah prosedur dalam perencanaan pulang adalah sebagai berikut, sejak penerimaan klien, lakukan pengkajian tentang kebutuhan pelayanan kesehatan untuk klien pulang, dengan menggunakan riwayat keperawatan, rencana perawatan, dan pengkajian kemampuan fisik dan fungsi kognitif yang dilakukan

secara terus menerus. Mengkaji kebutuhan pendidikan kesehatan untuk klien dan keluarga yang terkait dengan pelaksanaan terapi di rumah, hal- hal yang harus dihindari, dan komplikasi yang mungkin terjadi. Mengkaji faktor- faktor lingkungan di rumah bersama klien dan keluarga tentang hal- hal yang mengganggu perawatan diri.

Berkolaborasi dengan dokter dan disiplin ilmu yang lain mengkaji perlunya rujukan untuk mendapat perawatan di rumah atau di tempat pelayanan yang lainnya. Mengkaji penerimaan terhadap masalah kesehatan dan larangan yang berhubungan dengan masalah kesehatan tersebut. Konsultasi dengan anggota tim kesehatan lain tentang berbagai kebutuhan klien setelah pulang. Menetapkan diagnosa keperawatan dan rencana keperawatan. Lakukan implementasi rencana perawatan. Evaluasi kemajuan secara terus menerus. Tentukan tujuan pulang yang relevan, yaitu klien akan memahami masalah kesehatan dan implikasinya, mampu memenuhi kebutuhan individualnya, lingkungan rumah akan menjadi aman, tersedia sumber perawatan kesehatan di rumah (Potter dan Perry (2005) dalam Marini (2019)).

Menganjurkan cara- cara untuk merubah pengaturan fisik di rumah sehingga kebutuhan klien dapat terpenuhi. Memberikan informasi tentang sumber- sumber pelayanan kesehatan di masyarakat kepada klien dan keluarga. Melakukan pendidikan untuk klien dan keluarga sesegera mungkin setelah klien dirawat di rumah sakit

(misalnya, tanda dan gejala komplikasi, informasi tentang obat-obatan yang diberikan, penggunaan peralatan medis dalam perawatan lanjutan, diet, aktivitas, hal-hal yang harus dihindari sehubungan dengan penyakit atau operasi yang dijalani), klien mungkin dapat diberikan leaflet atau buku (Potter dan Perry (2005) dalam Marini (2019)).

g. Faktor yang mempengaruhi *discharge planning*

Menurut Nursalam (2014), *discharge planning* melibatkan koordinasi perawatan antara staf rumah sakit; antara staf rumah sakit, pasien, dan keluarga ; antara staf rumah sakit dan komunitas masyarakat; dan antara pasien, keluarga, dan masyarakat. *Discharge planning* yang efektif yaitu adanya komunikasi antara dokter, pasien, dan keluarga selama berada di rumah sakit. Pendidikan dan pembelajaran dengan cara jalan duaarah, yaitu : pasien dan keluarga perlu belajar dari dokter tentang kondisi dan langkah selanjutnya, dokter perlu belajar dari pasien dan keluarga tentang keadaan rumah. Dokter juga perlu memastikan bahwa pasien dan keluarga benar-benar memahami langkah-langkah selanjutnya dalam perawatan pasien (AHRQ, 2013).

Keberhasilan tindakan *discharge planning* dapat dilihat dari kemampuan pasien dalam tindakan keperawatan lanjutan secara aman dan realistis setelah keluar rumah sakit dan dapat dilihat dari kesiapan untuk menghadapi pemulangan Ada beberapa indikator untuk menilai

keberhasilan dalam *discharge planning* antara lain: bahwa pasien dan keluarga dapat memahami diagnosa, antisipasi tingkat fungsi, obat-obatan dan pengobatan ketika pulang, antisipasi perawatan tingkat lanjut, dan respons jika terjadi kegawatan, Pendidikan khusus pada keluarga dan pasien untuk memastikan perawatan yang tepat setelah pasien pulang, terlaksananya koordinasi dengan sistem pendukung di masyarakat, untuk membantu pasien dan keluarga membuat koping terhadap perubahan dalam status kesehatan, serta melakukan relokasi dan koordinasi system pendukung atau memindahkan pasien ke tempat pelayanan kesehatan lain (AHRQ, 2013).

h. Keberhasilan *discharge planning*

Keberhasilan tindakan *discharge planning* dapat dilihat dari kemampuan pasien melakukan tindakan keperawatan lanjutan yang aman dan realistis setelah meninggalkan rumah sakit dan dapat dilihat dari kesiapan untuk menghadapi pemulangan (Perry & Potter, 2005 dalam Cynthia 2017). Indikator hasil yang diperoleh harus ditujukan untuk keberhasilan *discharge planning* pasien yaitu:

- 1). Pasien dan keluarga memahami diagnosa, antisipasi kekambuhan, tingkat fungsi obat-obatan dan tindakan pengobatan untuk pemulangan, dan respon yang diambil pada kondisi kegawatdaruratan.
- 2). Pendidikan khusus diberikan kepada pasien dan keluarga untuk memastikan perawatan yang tepat setelah pasien pulang.

- 3). Sistem pendukung di masyarakat dikoordinasikan agar memungkinkan pasien untuk kembali ke rumahnya dan membantu pasien dan keluarga membuat koping terhadap perubahan dalam status kesehatan pasien.
- 4). Melakukan relokasi pasien dan koordinasi sistem pendukung atau memindahkan pasien ke tempat pelayanan kesehatan lain.

2. *Readmission*

a. Pengertian *Readmission*

Readmission yaitu dirawatnya kembali pasien yang telah dipulangkan, yang sebelumnya pernah mendapatkan perawatan di rumah sakit. *Readmission* atau rawat inap ulang adalah suatu kejadian seorang pasien dirawat kembali yang sebelumnya telah mendapat layanan rawat inap di rumah sakit. *Readmission* merupakan suatu penanda kualitas perawatan pasien di rumah sakit terhadap pelayanan yang diberikan. *Readmission* dapat merugikan pihak rumah sakit maupun pasien rawat inap dikarenakan dapat mencapai cost yang lebih tinggi (Lucas et al,2013 dalam Susanto 2021).

Readmission adalah periode pasien dirawat kembali setelah menerima perawatan sebelumnya di rumah sakit dalam kurung waktu tertentu (Fingar et al., 2017). Medicare mendefinisikan, periode *readmission* sebagai 30 hari yaitu masuk rumah sakit kembali pada rumah sakit yang sama dan termasuk *readmission* rumah sakit ke rumah sakit yang berbeda. Medicare juga mendefinisikan semua

penyebab sebagai *readmission*, yang berarti bahwa semua yang kembali dirawat pada kurung waktu 30 hari setelah dirawat sebelumnya adalah *readmission*. Definisi ini yang digunakan menghitung tingkat pendaftaran rata-rata nasional dan tingkat penerimaan kembali yang spesifik di masing-masing rumah sakit sejak tahun 2012.

b. Alasan jangka kurung waktu 30 hari

Untuk menilai tingkat *readmission* dari semua penyebab dibutuhkan ukuran waktu yang dapat memberikan penilaian yang luas dari kualitas perawatan di rumah sakit. Pengembangan ukuran sebagai ukuran yang dapat dipakai untuk mengidentifikasi semua penyebab *readmission* yang tidak direncanakan adalah 30 hari setelah keluar. Standar waktu 30 hari ini dapat diterima sebagai standar untuk mengukur pembangunan, penyesuaian risiko yang tepat dan transparansi spesifikasi. *Readmission* yang direncanakan tidak termasuk pada standar waktu 30 hari karena tidak dapat mewakili memberi sinyal kualitas pelayanan (Horwitz et al., 2014).

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

- 1). Dalam waktu 30 hari, *readmission* lebih cenderung disebabkan oleh perawatan yang diterima selama indeks rawat inap dan selama transisi ke pengaturan rawat jalan. Dari sejumlah penelitian menunjukkan, perbaikan dalam perawatan

perencanaan pulang dapat mengurangi tingkat *readmission* 30 hari. Sejumlah tindakan untuk mengurangi *readmission* yaitu memastikan pasien secara klinis siap dipulangkan, mengurangi risiko infeksi, pengobatan, meningkatkan komunikasi antar penyedia pelayanan yang terlibat dalam transisi perawatan, mendidik pasien tentang gejala untuk memantau siapa yang dikontak, dimana dan kapan untuk mencapai perawatan tindak lanjut.

- 2). Jangka waktu 30 hari konsisten dengan langkah-langkah *readmission* yang disetujui oleh National Quality Forum (NQF) dan dilaporkan secara terbuka oleh Center of Medicare and Medicaid Services (CMS).
- 3). Selain penilaian klinis, meninjau waktu untuk acara kurva dari *readmission* dari waktu ke waktu untuk memutuskan apakah 30 hari *readmission* adalah sinyal kualitas. *Readmission* dari waktu ke waktu untuk acara kurva menunjukkan pola yang sangat mirip untuk semua kategori kondisi pemulangan. Akrual *readmission* awal yang cepat, dengan *readmission* stabil dan konsisten sesudahnya, curva biasanya stabil dalam waktu 30 hari pemulangan, menunjukkan bahwa 30 hari adalah keputusan wajar secara klinis.

c. Penyebab *readmission*

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

- 1). Dari perspektif pasien, pendaftaran kembali untuk alasan apapun mungkin menjadi suatu hasil yang tidak diinginkan dari perawatan. Selanjutnya pendaftaran kembali untuk alasan apapun menghadapkan pasien untuk risiko yang terkait dengan rawat inap, seperti kesalahan iatrogenik.
- 2). Tidak ada cara yang dapat diandalkan untuk menentukan apakah diterima kembali berhubungan dengan rawat inap sebelumnya berdasarkan penyebab didokumentasikan diterima kembali.
- 3). Kisaran *readmission* berpotensi dihindari juga termasuk yang tidak berhubungan langsung dengan kategori kondisi indeks, seperti yang dihasilkan dari kesalahan pengobatan rekonsiliasi, komunikasi yang buruk di *discharge*.
- 4). Semua langkah diterima kembali CMS yang ada melaporkan semua penyebab diterima kembali, membuat pendekatan ini konsisten dengan langkah-langkah yang ada.

- 5). Penelitian menunjukkan bahwa intervensi pengurangan diterima kembali dapat mengurangi semua penyebab *readmission*, tidak hanya kondisi spesifik diterima kembali.

Mendefinisikan hasil karena semua penyebab *readmission* dapat mendorong rumah sakit dan transisi dari rumah sakit bukan membatasi focus ke satu pendekatan kondisi tertentu. Tujuan dari langkah ini bukan untuk mengurangi *readmission* ke nol, tetapi untuk menilai kinerja rumah sakit relatif terhadap apa yang diharapkan mengingat kinerja rumah sakit lain dengan campuran kasus serupa.

d. Kategori *readmission*

1) *readmission* direncanakan

Pada studi Horwitz et al. (2014) mengembangkan sebuah algoritma untuk mengidentifikasi *readmission* yang direncanakan (*planned readmissions*) di data klaim yang tidak akan dihitung dalam mengukur sebagai *readmission*.

a). Direncanakan (*planned readmissions*)

Seseorang direncanakan *readmission* untuk dilakukan prosedur sebagaimana salah satu dari daftar yang sudah ditetapkan CCS (*Clasifikasi Clinical Sistem*) seperti untuk pemeliharaan kemoterapi yang memerlukan rawat inap. Meskipun *readmission* lain mungkin direncanakan untuk alasan medis, ini jarang terjadi dan tidak ada sarana yang dapat diandalkan untuk mengidentifikasi mereka dalam data klaim

administrasi. Pemeliharaan kemoterapi pada umumnya direncanakan diterima kembali.

b). Tidak direncanakan

Readmission yang tidak direncanakan adalah peristiwa akut klinis atau komplikasi yang dialami oleh pasien yang membutuhkan manajemen rumah sakit yang mendesak. Tingginya *readmission* pada pasien yang tidak direncanakan dapat menunjukkan kualitas pelayanan yang lebih rendah dan ini merupakan fokus pengukuran kualitas sebagai bagian dari upaya peningkatan kualitas pelayanan. Oleh karena itu YNHHSC/CORE (2014) mengembangkan semua algoritma yang menggunakan kode prosedur dan kategori diagnosis keluar admisi untuk setiap *readmission* untuk mengidentifikasi *readmission* yang direncanakan. *Readmission* yang terjadi untuk prosedur yang direncanakan dan yang tidak untuk diagnosis akut atau komplikasi dari perawatan diidentifikasi sebagai direncanakan.

2) Dapat dicegah (*preventable*)

Menurut Auerbach et al. (2016) dalam studinya mengatakan *readmission* yang dapat dicegah adalah pengambilan keputusan departemen darurat, ketidakmampuan pasien menjaga janji setelah *discharge*, pemulangan pasien terlalu cepat, pasien kurang memiliki

kesadaran siapa yang harus dihubungi setelah pulang. Adapun *readmission* yang tidak dapat dicegah adalah keputusan departemen darurat terkait *readmission*, kegagalan dalam menyampaikan informasi yang penting diprofessional rawat jalan, pemulangan pasien terlalu cepat, kurangnya diskusi pada pasien tentang tujuan perawatan dengan penyakit kronis.

e. Faktor penyebab *readmission*

Menurut Catherine J. Ryan, PhD dikutip dalam CMS.gov (2020) mengatakan alasan *readmission* dikategorikan dapat dicegah dan tidak dapat dicegah, alasan lain terjadi *readmission* karena faktor klinis, perilaku, sentris pasien, penyedia layanan, sistem rumah sakit dan kombinasinya.

Penyebab *readmission* berfokus pada populasi, menurut beberapa peneliti, yaitu Picker et al. (2015) dalam penelitiannya mengatakan ada hubungan yang signifikan secara statistik antara meningkatnya jumlah obat dan prevalensi *readmission*. Orang tua dengan usia ≥ 65 tahun risiko tinggi menyebabkan tingginya 30 days *readmission* sehingga dapat diidentifikasi lebih awal saat dirawat di rumah sakit (Silverstein et al., 2008) Faktor yang mempengaruhi *readmission* pasien gangguan jiwa adalah sosio demografi (umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan), kepatuhan minum obat,

pengetahuan pengasuh, peran diri sendiri dan peran keluarga dalam proses penyembuhan.

3. Halusinasi

a. Definisi Halusinasi

Halusinasi adalah persepsi klien yang salah terhadap lingkungan tanpa stimulus yang nyata, memberi persepsi yang salah atau pendapat tentang sesuatu tanpa ada objek atau rangsangan yang nyata dan hilangnya kemampuan manusia untuk membedakan rangsangan internal pikiran dan rangsangan eksternal (Trimelia, 2016).

Halusinasi adalah gangguan persepsi sensori dari suatu obyek tanpa adanya rangsangan dari luar, gangguan persepsi sensori ini meliputi seluruh panca indra. Halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan jiwa yang pasien mengalami perubahan sensori persepsi, serta merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan atau penciuman. Pasien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada (Muhith, 2015).

Halusinasi pendengaran (auditory) Mendengar suara yang membicarakan, mengejek, mentertawakan, mengancam, memerintahkan untuk melakukan sesuatu (kadang-kadang hal yang berbahaya). Perilaku yang muncul adalah mengarahkan telinga pada sumber suara, bicara atau tertawa sendiri, marah-marah tanpa sebab,

menutup telinga, mulut komat-kamit, dan ada gerakan tangan (Muhith, 2015).

b. Etiologi

1) Faktor predisposisi

Menurut Yusuf (2015) faktor predisposisi adalah faktor resiko yang memengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stres. Diperoleh baik dari klien maupun keluarganya. Faktor predisposisi dapat meliputi faktor perkembangan, sosiokultural, biokomia, psikologi, dan genetik. Faktor perkembangan yaitu jika tugas perkembangan mengalami hambatan dan hubungan interpersonal terganggu, maka individu akan mengalami stres dan kecemasan.

Faktor sosiokultural yakni berbagai faktor di masyarakat dapat menyebabkan seseorang merasa disingkirkan, sehingga orang tersebut merasa kesepian di lingkungan yang membesarkannya.. Faktor biokimia yakni faktor yang mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Jika seseorang mengalami stres yang berlebihan, maka di dalam tubuhnya akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokomia seperti buffofenon dan dimethytransferase (DMP) (Yusuf,2015).

Faktor psikologis merupakan hubungan interpersonal yang tidak harmonis serta adanya peran ganda bertentangan yang sering diterima oleh seseorang akan mengakibatkan stres dan kecemasan

yang tinggi dan berakhir pada gangguan orientasi realitas. Faktor genetik yaitu gen yang berpengaruh dalam skizoprenia belum diketahui, tetapi hasil studi menunjukkan bahwa faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini (Yusuf, 2015).

2) Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi yaitu stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman, atau tuntutan yang memerlukan energi ekstra untuk menghadapinya. Adanya rangsangan dari lingkungan, seperti partisipasi klien dalam kelompok, terlalu lama tidak diajak berkomunikasi, objek yang ada di lingkungan, dan juga suasana yang sepi atau terisolasi sering menjadi pencetus terjadinya halusinasi. Hal tersebut dapat meningkatkan stres dan kecemasan yang merangsang tubuh mengeluarkan zat halusonigenik (Yusuf, 2015).

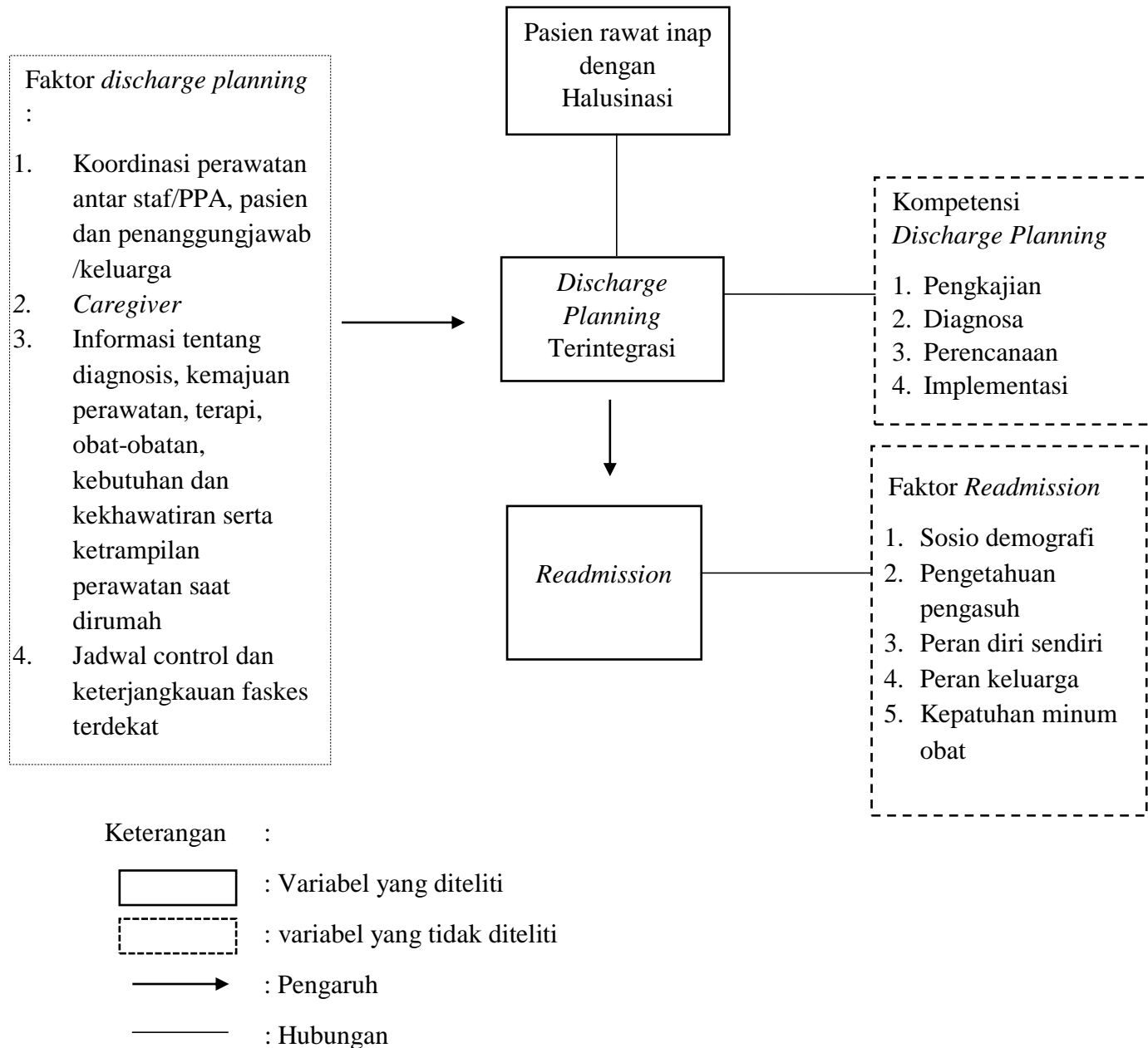
c. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala halusinasi dinilai dari hasil observasi terhadap pasien serta ungkapan pasien. Data Obyektif meliputi bicara atau tertawa sendiri, marah-marah tanpa sebab, memalingkan muka ke arah telinga seperti mendengar sesuatu, menutup telinga, menunjuk-nunjuk ke arah tertentu, ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas, mencium sesuatu seperti sedang membaui bau-bauan tertentu,

menutup hidung, sering meludah, muntah dan menggaruk-garuk permukaan kulit (RSJD Surakarta, 2022).

Data Subyektif pasien mengatakan mendengar suara-suara atau kegaduhan, mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap, mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya, melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu atau monster, mencium bau-bauan seperti bau darah, urin, feses, kadang-kadang bau itu menyenangkan, merasakan rasa seperti darah, urin atau feses, merasa takut atau senang dengan halusinasinya, mengatakan sering mendengar sesuatu pada waktu tertentu saat sedang sendirian, mengatakan sering mengikuti isi perintah halusinasi (RSJD Surakarta, 2022).

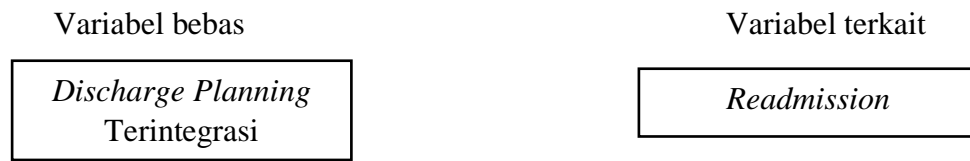
B. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

Sumber : Nursalam (2014), AHRQ (2013).

C. Kerangka Konsep Penelitian



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

D. Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah ada hubungan *discharge planning* terintegrasi dengan *readmission* pasien halusinasi di RSJD Surakarta

H1 : ada hubungan *discharge planning* terintegrasi dengan *readmission* pasien halusinasi di RSJD Surakarta

H0 : tidak ada hubungan *discharge planning* terintegrasi dengan *readmission* pasien halusinasi di RSJD Surakarta